

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

O Alívio da Sede na Pessoa em Situação Crítica:
Promoção do Conforto na Intervenção Especializada de
Enfermagem

Diana Sofia Rosado Lopes

Lisboa

2017



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

O Alívio da Sede na Pessoa em Situação Crítica:
Promoção do Conforto na Intervenção Especializada de
Enfermagem

Diana Sofia Rosado Lopes


Orientador: Professora Doutora Carla Nascimento

Co-Orientador: Professora Mestre Florinda Galinha Sá

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

O meu sincero agradecimento...

À professora Doutora Carla Nascimento e Professora Mestre Florinda Galinha,
pelo rigor e exigência na orientação deste percurso final do Curso de Mestrado e por
terem sempre acreditado em mim e neste trabalho.

A todos os meus colegas pelo suporte e partilha ao longo de todo o tempo.

Aos enfermeiros orientadores e equipas que me acolheram, pela
disponibilidade demonstrada e partilha vivenciada.

Aos meus amigos que tantas vezes ficaram para trás em prol de um percurso
tão sinuoso como este foi.

Aos meus pais pela ajuda e apoio, pelo incentivo, por tudo aquilo que sou e
especialmente por terem acreditado quando eu não acreditei.

Ao Nuno pelo amor, paciência, cooperação, compreensão, carinho e incentivo.

Sem ti nunca seria capaz!

RESUMO

A dor, a dispneia e a sede são os três principais sintomas manifestados pelas pessoas internadas em unidades de cuidados intensivos, geradores de desconforto (Puntillo, Arai, Cooper, Stotts, & Nelson, 2014). A gestão do conforto da pessoa é um conceito bastante amplo que envolve intervenções de enfermagem baseadas na satisfação do conforto em diferentes contextos. As intervenções de enfermagem passam pela avaliação intencional das necessidades de conforto, por intervenções que colmatem essas necessidades e pela reavaliação dos níveis de conforto (Kolcaba, 2003; Wilson, Kane, Wiegert, & Webb, 2009).

A sede é definida como uma percepção ou sensação de desejo de beber água, referenciada a secura da mucosa da boca e da orofaringe (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016). Uma vez que a sede é uma experiência vivida pela pessoa em situação crítica, com contributo desfavorável durante o internamento devido à sua presença, intensidade e stress associado (Puntillo et al., 2010), estas pessoas deverão ser alvo de intervenções sistematizadas de enfermagem no sentido de aliviar o seu desconforto.

Com o objetivo de desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica, com foco na intervenção especializada do enfermeiro no alívio da sede, o percurso de estágio de mestrado que aqui se documenta decorreu num serviço de urgência e em três unidades de cuidados intensivos.

Neste processo formativo destaco a reflexão contínua sobre as atividades realizadas bem como as competências desenvolvidas, nomeadamente, no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica, na gestão diferenciada do bem-estar da pessoa e família, bem como na promoção da formação contínua em enfermagem. Todo o pensamento e ação em estágio foi sustentado no referencial teórico de Katherine Kolcaba e sua Teoria do Conforto (Kolcaba, 2001).

Palavras-chave: sede, conforto, intervenções de enfermagem, pessoa em situação crítica

ABSTRACT

Pain, dyspnea and thirst are the three main symptoms manifested in intensive care unit's persons that generate discomfort (Puntillo, Arai, et al., 2014). Person's comfort management is a broad concept that involves nursing interventions based on satisfaction of comfort in different contexts. Nursing interventions go through the intentional evaluation of comfort needs, interventions that suppress needs and the reassessment of comfort levels. (Kolcaba, 2003; Wilson, Kane, Wiegert, & Webb, 2009).

Thirst is defined as a perception or desire to drink water, referring to dryness of the oral mucosa and oropharynx (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016). As long as the thirst is an experience lived by the critically ill person, with an unfavourable contribution during hospitalization due to their presence, intensity and associated stress (Puntillo et al., 2010), these persons should be object of systematized nursing interventions in order to relief their discomfort.

With the purpose to acquire and develop skills in specialized nursing care to the critically ill person, the master internship that is documented took place in an emergency department and in three intensive care units.

In this formative process, I enhance a continuous reflection on the activities carried out as well as the developed competences, such as taking care of person experiencing complex critical illness processes, the anticipation of person's instability and risk of organ failure, the comfort and well-being management of the person and family and also to promote a continuous nursing education. Every thought and action in the internship was sustained in the theoretical framework of Katherine Kolcaba and her Comfort Theory (Kolcaba, 2001).

Keywords: thirst, comfort, nursing interventions, critically ill person

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. A SEDE COMO FOCO DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO.....	21
1.1 A Sede e a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba	21
1.2 A Sede na Pessoa em Situação Crítica	25
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ANEXOS

ANEXO I – Escala MEWS

ANEXO II – Certificado de Participação no III Encontro de Enfermagem de Emergência

ANEXO III - Certificado de Participação nas 10^{as} Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar Lisboa Norte

APÊNDICES

APÊNDICE I – Etapas da Metodologia da Revisão Integrativa da Literatura

APÊNDICE II – Grelha de intervenções de enfermagem para a promoção do conforto através do alívio da sede na pessoa consciente em UCI

APÊNDICE III - Plano e Guião da Sessão de Formação na UCI1

APÊNDICE IV - Plano e Guião da Sessão de Formação na UCI2

APÊNDICE V - Plano e Guião da Sessão de Formação na UCI3

APÊNDICE VI - Póster "O Alívio da Sede na Pessoa em UCI: Enfermeiro na Promoção do Conforto"

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1 – Fatores de risco predisponentes de sede na PSC em UCI.....	51
Gráfico 2 – Autoavaliação da intensidade sede da PSC em UCI.....	51
Gráfico 3 – Autoavaliação da intensidade da sede da PSC em UCI, após intervenção.....	55

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Intervenções de enfermagem na promoção do conforto através do alívio da sede e percentagem das intervenções.....	52
--	----

LISTA DE SIGLAS

BPS – *Behaviour Pain Scale*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MEWS - *Modified Early Warning Score*

mmHg – milímetros de mercúrio

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSC – Pessoa em Situação Crítica

RASS - *Richmond Agitation-Sedation Scale*

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SO – Sala de Observação

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Não-Invasiva

INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na área da Pessoa em Situação Crítica (PSC) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi desenvolvido este relatório de estágio dando a conhecer o meu percurso formativo desenvolvido ao longo do 3º semestre.

A elaboração deste documento foi sustentada nas competências do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em PSC (ESEL, 2010), nas competências definidas nos Descritores de Dublin para o 2º Ciclo de Estudos (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, 2016), bem como no quadro de competências comuns do Enfermeiro Especialista [EE] (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011). As competências comuns ao EE aprofundam-se na complexidade e nos domínios do EE na área da PSC, documentadas pela Ordem do Enfermeiro (OE) em Diário da República (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011). Destas competências, defini como finalidade deste relatório de estágio o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados na promoção do conforto através do alívio da sede da PSC.

De modo a nortear a tomada de decisão clínica e desenvolver uma prática de enfermagem especializada, considerei como fio condutor o modelo de aquisição de competências de Patricia Benner (2001). Assim, pretendi atingir o nível de proficiente na prestação de cuidados à PSC na promoção do conforto através do alívio da sede. O enfermeiro proficiente define-se como aquele que é capaz de reconhecer os atributos e características de uma situação de mudança, tendo a capacidade e o conhecimento para dar respostas satisfatórias e competentes (Benner, 2001).

A minha prestação de cuidados em estágio sustentou-se, também, nas linhas orientadoras presentes no Código Deontológico dos Enfermeiros que suportaram a prática do exercício profissional nos diversos contextos, onde se pautaram os princípios da responsabilidade profissional e do respeito pela ética e pelos direitos humanos que conduzem à excelência do cuidar (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

A escolha da temática central deste relatório de estágio advém da minha motivação pessoal enquanto enfermeira, uma vez que, vê refletida a minha

preocupação com a promoção do conforto. Acresce a minha experiência profissional na área de cuidados intensivos confrontando-me diariamente com situações onde através de comunicação verbal e não-verbal existem manifestações de desconforto associado à sede a quem presto cuidados.

A sustentação desta problemática justifica-se através da elaboração de uma revisão integrativa da literatura (RIL) onde pude identificar que a sede é um sintoma comum manifestado pela PSC e que até recentemente não tem sido reconhecida como uma área de intervenção primordial nos cuidados de enfermagem (Arai, Stotts, & Puntillo, 2013). À semelhança da dor, a sede na PSC deverá ser detetada antes de ser tratada (Arai et al., 2013). Neste sentido, uma meta importante para melhorar os cuidados de enfermagem à PSC deve passar, não só, pela promoção do conforto da pessoa, mas também por controlar os sintomas de desconforto, como é o caso da sede.

A PSC tem, muitas vezes, dificuldades na comunicação o que poderá comprometer a avaliação do seu desconforto. Embora passe por uma responsabilidade da equipa multidisciplinar, cabe ao EE assumir um lugar de excelência para a sensibilização da equipa para esta problemática, promovendo intervenções autónomas de enfermagem, orientando os pares na prática de cuidados e alertando-os para a necessidade de alívio da sede como medida de conforto na pessoa cuidada. Em concreto, desenvolver a competência de gestão diferenciada do bem-estar da PSC e/ou falência orgânica, otimizando as respostas de conforto (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Neste âmbito, defini como objetivo geral de estágio: desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da promoção do conforto através do alívio da sede na pessoa em situação crítica. Como objetivos específicos, defini os seguintes:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da gestão do conforto;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem na área da promoção do conforto da pessoa através do alívio da sede.

De forma a salientar a importância da promoção do conforto da PSC, elegeu-se a Teoria do Conforto de Kolcaba como referencial teórico para este processo de

desenvolvimento de competências, uma vez que para atingir o objetivo geral deste percurso dependem intervenções de enfermagem que passam pela satisfação das necessidades de conforto, promovendo a integridade da pessoa cuidada e a dignidade humana (Kolcaba, 2001).

Importa salientar que, neste relatório, para além de adotar o conceito de PSC, definido pela OE como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011), a pessoa-alvo de cuidados de enfermagem é considerada como “pessoa”, apropriando-me do conceito, definido por Kolcaba (2003), para indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitam de cuidados de saúde. Por sua vez, quando me refiro ao conceito de família, incluo também o de “pessoas significativas”, que pela definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é um grupo, unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

Este documento encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro capítulo engloba o enquadramento teórico da temática da sede ancorada à disciplina de enfermagem pela Teoria do Conforto, onde a pertinência do tema é justificada através da elaboração de uma RIL, direcionada para as intervenções de enfermagem no alívio da sede da PSC. O segundo capítulo descreve o percurso de desenvolvimento de competências em estágio, onde se inclui a descrição das atividades realizadas e paralelamente a reflexão acerca das mesmas, dos resultados obtidos que permitiram a integração de competências na minha prática profissional. Por fim, no último capítulo, apresento as considerações finais com a análise das competências adquiridas e desenvolvidas, as limitações e as respetivas propostas para trabalhos futuros.

É importante acrescentar que ao longo do desenvolvimento deste relatório foram utilizadas as orientações para a elaboração de trabalhos escritos, a norma de referências bibliográficas e citações da *American Psychological Association* (6ª Edição), definidos como critérios de utilização em trabalhos escritos pela ESEL, e ainda que o mesmo foi redigido tendo em conta o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. A SEDE COMO FOCO DA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DO ENFERMEIRO

Este capítulo do relatório de estágio pretende incidir na problemática dos cuidados à PSC com sede, abordando o conforto como intervenção especializada de enfermagem e relacionando-a com o referencial teórico que a sustenta.

1.1 A Sede e a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba

O conforto é um conceito utilizado nos mais distintos contextos de prática de enfermagem (Apóstolo, 2009). Numa revisão da literatura, Apóstolo (2009) conclui que existem diferentes perspectivas de conforto em várias teorias de enfermagem. É disso exemplo a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, que através da visão holística do cuidar em enfermagem conduz a uma prática centrada nas necessidades de conforto da pessoa. Trata-se de uma teoria que permite mensurar as medidas de conforto proporcionadas uma vez que os cuidados de conforto requerem um processo de ações confortantes (Apóstolo, 2009).

Conforto é definido como a experiência imediata de se ser fortalecido através da satisfação de três tipos de necessidades colmatadas em quatro contextos (Kolcaba, 2003).

No que diz respeito aos tipos de conforto, a autora define os seguintes:

- Alívio – condição de uma pessoa que satisfaz uma necessidade específica;
- Tranquilidade – o estado de calma ou de contentamento;
- Transcendência – uma condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento.

A mesma define que as necessidades de conforto podem ser experimentadas em quatro contextos específicos, nomeadamente:

- Físico – depende das sensações do corpo;
- Psicoespiritual – depende da consciencialização interna de si próprio, incluindo a estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade, o significado da vida e a relação do indivíduo com uma ordem ou um ser mais elevado;
- Social – depende das relações interpessoais, familiares e sociais;
- Ambiental – depende da relação da pessoa com o meio, as condições e as influências externas.

Alligood e Tomey (2010) citando Hamilton (2007), analisou o significado da palavra conforto na perspectiva das pessoas e a referência a “alívio da dor” foi a citação mais frequente como sinónimo de conforto. Pela necessidade de alertar os profissionais de saúde para a problemática da dor e reconhecendo a sua importância nos cuidados de saúde, a Direção-Geral da Saúde (DGS) criou o Plano Nacional de Luta Contra a Dor onde recomenda a introdução de intervenções não-farmacológicas, além das farmacológicas, no alívio da dor (DGS, 2001). A dor é descrita por Kolcaba (2003) como um desconforto multidimensional que inclui componentes sensitivos, cognitivos e afetivos, acrescentando ainda que é uma sensação específica que ocorre no organismo com um variável nível de intensidade. Apesar da relação entre controlo da dor e conforto ser complexa, a autora esclarece que o conforto é um termo abrangente onde a sua gestão eficaz se torna parte significativa do processo (Kolcaba, 2003). Para além da dor, existe referência a outros indicadores de conforto (Alligood & Tomey, 2010), justificando a multidimensionalidade e subjetividade do conceito, ou seja, conforto varia de pessoa para pessoa e pode ser definido e adquirir significados distintos consoante a pessoa, a sua cultura e o seu contexto.

Tendo em conta a diversidade da definição denota-se que o conforto, para além de exigir uma abordagem holística, encerra um termo complexo (Kolcaba, 2003). Conforto é um processo (a enfermeira confortou-me) e um produto (a pessoa sentiu-se confortada), manifestando que a sensação de conforto é mais do que a ausência de desconforto (Kolcaba, 2003). O conforto é expresso ou descrito de formas muito variadas uma vez que, cada pessoa, tem necessidades próprias e o sentimento de conforto é próprio de cada ser humano.

Na CIPE – Versão 2015, conforto define-se como um estado de sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016). Conforto pode também ser definido como um fenómeno de interesse, relevante na área da enfermagem e considerado indispensável no cuidado humano holístico (Ribeiro & Costa, 2012). Assim sendo, as intervenções de enfermagem com o objetivo de aliviar sintomas físicos podem considerar-se intervenções de enfermagem confortantes, como é o caso do alívio da sede.

A condição de desconforto é frequentemente utilizada nos diferentes contextos da prática de enfermagem, intimamente relacionada com a dimensão do desconforto da pessoa. Estudos recentes apontam que a maioria das pessoas sob internamento

em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) vivem experiências de desconforto (Rijkenberg, Stilma, Endeman, Bosman, & Oudemans-van Straaten, 2015), o que aumenta a responsabilidade do enfermeiro em gerir eficazmente o conforto, numa perspetiva de humanização dos cuidados à pessoa. Nunes et al., (2005) apresentam o conceito humanizar na responsabilidade do enfermeiro em prestar cuidados “mais humanos”, ou seja, que envolvam a atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família. Humanização significa colocar a pessoa no centro de cada intervenção no sentido de promover a saúde, tratar a doença ou proporcionar os melhores cuidados, também significa tirar à pessoa o seu *status* passivo no processo de doença e incentivar os profissionais de saúde a trabalhar para as pessoas (Calle, Oviés, & Tello, 2017). O uso intensivo da tecnologia fez com que as necessidades humanas e emocionais da pessoa, das famílias e dos profissionais fossem colocadas em segundo plano (Valencia, Giraldo, & Mancera, 2015), tornando-se um compromisso considerar a humanização dos cuidados na prática de enfermagem.

A gestão do conforto é um conceito bastante amplo que envolve intervenções de enfermagem baseadas nas necessidades de conforto da pessoa, nos seus quatro contextos (Kolcaba, 2003; Wilson, Kane, Wiegert, & Webb, 2009). Este é também, muitas vezes, um conceito enquadrado nas decisões de fim de vida (Truog et al., 2008). Para Kolcaba (2003), a responsabilidade da enfermagem passa pela avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa, na conceção de medidas de conforto para colmatar essas necessidades e na reavaliação dos níveis e conforto após implementação das medidas. Uma das barreiras na gestão do conforto deve-se ao conhecimento lacunar e ausência de competências diferenciadas nos profissionais de saúde (Moceri & Drevdahl, 2014), o que justifica a necessidade de formação contínua, demonstrando melhorias dos resultados nos contextos de trabalho (Wilson et al., 2009).

A gestão do conforto enquanto intervenção de enfermagem pode ter um impacto significativo nos ganhos em saúde da PSC (Staveski, 2010). A perceção de dor não aliviada ou de analgesia inadequada, a par da incapacidade de comunicar, o ruído contínuo, a iluminação artificial contínua, a estimulação excessiva e a privação do sono podem fazer com a PSC sinta medo, ansiedade e sofra de quadros de delírio (Staveski, 2010). Da complexidade deste conceito surge o dever ético da enfermagem enquanto profissão com a responsabilidade de cuidar de pessoas

(Freitas, 2013), sendo o conforto e a sua gestão parte integrante de todas as intervenções de enfermagem.

As necessidades de conforto surgem quando existem alterações significativas em défices fisiológicos, mecanismos interrompidos ou colocados em risco por uma doença ou procedimento invasivo (Kolcaba, 2001). Embora a autora não enuncie a sede como uma alteração física ou uma sintomatologia que cause desconforto será possível considerar que, paralelamente à dor, a sede cria alterações no equilíbrio fisiológico da pessoa e que as intervenções de enfermagem na promoção deste conforto são realizadas no sentido da recuperação ou da manutenção da homeostasia.

A sede é definida na CIPE como uma perceção; sensação de desejo de beber água, referenciada a secura da mucosa da boca e da orofaringe (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016) e é referida como um dos mais importantes sintomas que induzem stress na PSC, causando desconforto e sofrimento (Puntillo, et al., 2014). A sede é considerada, também, um sintoma multidimensional, descrito de acordo com a intensidade e com o desconforto e é associado, muitas vezes, a boca seca ou xerostomia (Greenleaf, 1992 & Sreenbny, 1996 citados por Puntillo, et al. 2014).

Kolcaba (2001) afirma que, em situação de doença, as necessidades de conforto não satisfeitas deverão ser alvo de intervenções de enfermagem, de modo a preservar a dignidade humana, a plenitude dos cuidados e a integridade da pessoa cuidada. As necessidades de conforto das pessoas são movidas por expetativas, ou seja, as pessoas esperam cuidados de enfermagem competentes e holísticos.

Para a promoção do conforto podemos nomear três tipos de intervenções autónomas de enfermagem: i) intervenções técnicas, que incluem a monitorização de sinais vitais, controlo analítico e administração de água ou outros que diminuam a intensidade da sede; ii) intervenções de *coaching*, que permitem aliviar a ansiedade, informando a pessoa e em conjunto planear os cuidados; iii) intervenções de *Comfort food for the soul*, que implica a adoção de medidas de conforto básicas (Kolcaba, 2003). As intervenções de *Comfort food for the soul* são definidas por Wilson e Kolcaba (2004) como as intervenções que as pessoas não esperam ser alvo mas que se sentem muito satisfeitas quando são sujeitas a estas intervenções. Estas intervenções permitem que estas pessoas se sintam fortalecidas de forma

intangível e personalizada. São exemplo deste tipo de intervenções a massagem, a musicoterapia, a adaptação de um ambiente confortável e o toque (Wilson & Kolcaba, 2004).

Por esta ordem de ideias, uma vez que os elementos que contribuem para o desconforto da PSC são múltiplos e se encontram relacionados com a condição da pessoa doente, com fatores organizacionais e de intervenção multidisciplinar, a matriz dos cuidados de enfermagem deve propor, sempre que possível, o envolvimento dos três tipos de conforto nos seus quatro contextos de intervenção.

1.2A Sede na Pessoa em Situação Crítica

O contributo da formação avançada em enfermagem proporciona constantes melhorias na prestação de cuidados, integrando a prática baseada na evidência. O uso consciente, crítico e judicioso da melhor evidência possível traduz melhorias na qualidade dos cuidados de enfermagem, com influência dos resultados obtidos em ganhos em saúde e consequentemente ganhos para a profissão de enfermagem.

Da necessidade de constante busca de conhecimento científico, com intuito de promover cada vez melhores cuidados às pessoas, a RIL tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde (Souza, Dias, & Carvalho, 2010). Esta metodologia sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática, fundamentando-se em conhecimento científico (Souza et al., 2010).

A pergunta de investigação necessária como parte integrante do processo metodológico da RIL aqui realizada foi: que intervenções especializadas de enfermagem (I) promovem o conforto através do alívio da sede (O) nas pessoas adultas (P) internadas em unidades de cuidados intensivos (C)? Após a sistematização das etapas da metodologia da RIL (Apêndice I), seguem-se os seus resultados como fundamentação do enquadramento teórico deste relatório.

Num estudo realizado por Puntillo et al., (2010), os autores identificam os sintomas mais intensos e causadores de maior stress nas pessoas internadas em UCI. A sede surge como o segundo sintoma mais comum e mais intenso neste grupo de pessoas, tornando-se um dos grandes stressores nos contextos de UCI. Para Kalfon et al. (2010), a sede manifesta-se como um desconforto tão importante como a dor. Justifica-se, deste modo, o interesse em compreender se este sintoma vivido pela PSC está relacionado com doenças subjacentes, estados metabólicos ou

com intervenções de enfermagem e/ou prescrições médicas inadequadas. Determina-se que a sede é um problema vivido pela PSC em UCI (Kalfon et al., 2010; Puntillo et al., 2010; Puntillo et al., 2014; Stotts, Arai, Cooper, Nelson, & Puntillo, 2014).

As intervenções de enfermagem para o alívio da sede devem, entre outras, evitar potenciais barreiras ou obstáculos que possam impedir que, às pessoas, lhes cheguem as necessidades adequadas de ingesta hídrica (Bloomfield & Pegram, 2012). Para isso, devem ser conduzidas intervenções de enfermagem especializadas, focadas em minimizar o desconforto que advém da ingesta hídrica inadequada (Kalfon et al., 2010). Os enfermeiros assumem a responsabilidade em prestar cuidados que garantam a hidratação adequada das pessoas. Isto é particularmente importante naqueles que são vulneráveis ou dependentes (Bloomfield & Pegram, 2012), como é o caso da PSC.

A sede é um sintoma multidimensional, descrito de acordo com a intensidade e com o desconforto. É associado, muitas vezes, a boca seca ou a xerostomia (Greenleaf, 1992 & Sreenbny, 1996 citados por Puntillo, et al. 2014), conceitos intimamente relacionados com o de sede. Pelos quadros de doença aguda, com as dificuldades inerentes à comunicação, a PSC pode não garantir que a ingestão hídrica seja a adequada ou a suficiente para satisfazer as suas necessidades.

Num estudo realizado por Stotts et al. (2014), foram avaliados quais os fatores que evidenciavam a presença, a intensidade e o stress causado pela sede nas pessoas em UCI. Das pessoas avaliadas identificou-se que a presença de sede se encontra significativamente relacionada com uma maior pontuação de APACHE II¹, ou seja, as pessoas com situações de doença que envolvem maior gravidade são as pessoas que manifestam mais sede. O estudo considera que o diagnóstico clínico que envolve um quadro de jejum (a não ingestão de líquidos por via oral) é um fator significativo e que aumenta a intensidade da sede, ou seja, a análise mostrou que quando a ingesta hídrica por via oral é diminuída as pessoas manifestam sede mais intensa. Não foram identificadas interações significativas na intensidade da sede entre as pessoas com: idade inferior ou superior a 65 anos; com balanço hídrico

¹ “*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*” - No sistema de classificação da gravidade de doença é utilizada uma pontuação baseada em 12 indicadores fisiológicos, na idade e no estado de saúde prévio ao internamento com o objetivo de garantir uma medida geral da gravidade da doença (Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman, 1985).

negativo ou neutro; com alterações no estado de hidratação, alterações na osmolaridade sérica, alterações nos níveis séricos de sódio; e alterações nos níveis de glicose. Por fim, os autores evidenciam que o stress e desconforto associado à sede se verificou, maioritariamente, em pessoas sob ventilação mecânica, em pessoas com quadros de jejum prolongados (superior a 24h) e em pessoas sob terapêutica com medicamentos como opióides, diuréticos e com inibidores seletivos da recaptação da serotonina (Stotts et al., 2015).

Tratando-se de um dos sintomas mais prevalente, intenso, angustiante, não reconhecido e alvo de pouca intervenção na PSC (Puntillo, et al., 2014), foi realizado um ensaio clínico, em contexto de UCI, onde foram testadas um conjunto de intervenções de enfermagem (*bundle* de intervenção) para o alívio da sede.

Nesta *bundle* de intervenção, os investigadores reforçam que a utilização de pulverizadores, do tipo atomizador, com água fria, a utilização de esponjas em formato de cotonete/espátula molhadas em água fria para humedecer a boca e as soluções mentoladas nos cuidados de higiene oral, são intervenções direcionadas e eficazes no alívio da sede da pessoa em UCI (Puntillo, et al., 2014). Estas estratégias foram previamente testadas e demonstradas como eficazes em pessoas com insuficiência cardíaca, com desconforto associado à sede, pela evidente restrição de administração de fluídos (Tomioko et al., 2006 citados por Puntillo et al., 2014).

Os resultados do ensaio clínico concluem que uma *bundle* de intervenção para o alívio da sede reduz significativamente a sede e a xerostomia da PSC, contribuindo para o alívio do desconforto. Os autores constataam que esta *bundle* deve ser considerada como um conjunto de intervenções passível de pôr em prática nas pessoas com sede em contexto de UCI (Puntillo et al., 2014).

Da RIL emergem nove “passos-chave” para uma intervenção sistematizada de enfermagem que se sustenta na avaliação e controlo do desconforto associado à sede da PSC. A saber:

- Avaliar, pelo menos três vezes ao dia, a sede nas pessoas com capacidade de autoavaliação – utilizar a escala numérica adaptada (“0” – sem sede; “10” – a pior sede que já sentiu);
- Examinar a cavidade oral da pessoa, para despiste de sinais de desidratação como boca e lábios secos, fissuras na comissura labial e queilite;

- Reconhecer o perfil de risco para a sede (através dos indicadores definidos anteriormente – pessoas sob ventilação mecânica, com quadros de jejum prolongado e sob terapêutica específica tal como opióides, diuréticos e inibidores da recaptação da serotonina);
- Assumir que a pessoa tem sede em situações de agitação motora e inquietude inespecífica;
- Prestar cuidados de higiene oral, com soluções mentoladas, três vezes por dia;
- Considerar a utilização de espátulas com esponjas embebidas em água fria, pulverizadores de água fria e cubos de gelo;
- Considerar a utilização de saliva artificial;
- Considerar a utilização de humidificadores aquecidos em pessoas sob de oxigénio de alto fluxo;
- Avaliar e documentar a avaliação inicial, as intervenções de enfermagem realizadas e a reavaliação, permitindo compreender a eficácia das intervenções no alívio do desconforto associado à sede.

Estes são considerados nove “passos-chave” eficazes, económicos e seguros que diminuem a intensidade e o desconforto da pessoa provocado pela sede. Ao integrar-se a avaliação da sede nas rotinas de cuidados de enfermagem, com intervenções dirigidas para o alívio deste desconforto, podem criar-se melhorias significativas na promoção do conforto da PSC, face a um dos sintomas mais angustiantes vivenciados pela PSC (Puntillo, et al., 2014).

A RIL realizada espelha que pouco se tem estudado sobre a sede em contexto da prática de cuidados de enfermagem. Os resultados obtidos dos diversos estudos comprovam que a sede é um dos sintomas mais prevalentes na PSC em UCI. Dados mostram que 70 a 80% das pessoas sob ventilação mecânica vivenciam sentimentos de angústia e de desconforto associado à sede, sendo classificada como uma das três experiências mais recordadas, relatando este desconforto entre moderado a grave. Deste modo, confirma-se a importância do risco de sede da PSC em UCI (Stotts et al., 2015).

Por último, identificada a sede enquanto causa de desconforto da PSC poderá existir o fortalecimento do conforto através da implementação de intervenções autónomas de enfermagem, o que representa um importante *outcome* para a profissão e para os cuidados de saúde em geral, tendo em conta que o alívio da

sede representa um resultado individual de conforto e não apenas a ausência de desconforto. Estes aspetos relacionam-se profundamente com as competências do enfermeiro, nomeadamente com as competências do EE, assumindo um lugar de excelência na intervenção e sensibilização dos pares para esta problemática.

O referencial teórico sucintamente apresentado neste capítulo permitiu nortear o meu percurso de desenvolvimento de competências em estágio, o qual irei explanar no próximo capítulo.

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM

Este relatório é o resultado do meu percurso de estágio em quatro contextos: um serviço de urgência (SU), uma UCI dirigida à pessoa com patologia do foro respiratório e duas UCI polivalentes, em Hospitais da área da Grande Lisboa. A ordem dos contextos de estágio não foi aleatória. Este percurso de estágio realizou-se, em primeiro lugar, num contexto onde me pude confrontar com práticas de cuidados de enfermagem numa realidade diferente do meu contexto de trabalho, um SU, no sentido de adquirir competências para, de seguida, as transportar e aprofundar em contextos similares aos da minha prática profissional, em UCI.

Os estágios foram realizados em três unidades hospitalares distintas. O primeiro estágio foi realizado num SU de um hospital público, integrado no Sistema Nacional de Saúde e gerido em regime de parceria público-privada. Este SU está integrado na Rede Nacional de Urgências Hospitalares (Luz Saúde, 2015) e é definido como uma urgência médico-cirúrgica, o segundo nível de acolhimento das situações de urgência (Campos, 2014).

Os dois contextos de estágio seguintes foram realizados em UCI do mesmo Centro Hospitalar. O primeiro estágio realizou-se numa UCI, aqui designada de UCI1, que se insere na área da pneumologia e contempla na sua infraestrutura a ambivalência de permitir internamentos em 8 camas de nível III e 6 camas de nível I, de acordo com o Ministério da Saúde (2013). O segundo realizou-se numa UCI polivalente com 11 camas de nível III (Ministério da Saúde, 2013), que corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva, aqui designada de UCI2, sendo esta o meu contexto de trabalho.

Por fim, o último contexto de estágio foi realizado numa UCI de outro Centro Hospitalar e que agrega nas suas instalações as valências de 16 camas de nível III e 8 camas de nível I de UCI (Ministério da Saúde, 2013). A UCI3 será a nomenclatura utilizada para diferenciá-la neste relatório.

São definidos três níveis de UCI que concorrem de acordo com o nível de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis (Ministério da Saúde, 2013). As UCI de nível I definem-se como aquelas que visam a monitorização, normalmente não invasiva ou minimamente invasiva de pessoas em

risco de desenvolver falência de órgãos (Ministério da Saúde, 2013) e os contextos dotados de um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado grave, necessitam de vigilância organizada e sistemática (INE, 2005). As UCI de nível III são definidas, pelo Ministério da Saúde (2013), como um contexto de abordagem a pessoas com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível, onde se concentram os meios humanos, com equipas de enfermagem e médica próprias, em presença física nas 24 horas diárias, e os meios técnicos necessários para a monitorização, o diagnóstico e a terapêutica diferenciada.

Todos os contextos de estágio foram provedores de um vasto campo de experiências tecnológicas, de programas de intervenção inovadores, de profissionais peritos em distintas áreas de conhecimento que, fundamentalmente, contribuíram com as condições necessárias ao desenvolvimento das competências a que me propus. Tive o privilégio de ser orientada por enfermeiros peritos e especialistas, nas mais diversas áreas de intervenção, sendo detentores de múltipla experiência nos seus contextos de trabalho, assumindo cargos de liderança e de gestão de equipas. Dos enfermeiros orientadores obtive, ainda, a motivação e o desafio intelectual para a aquisição de novos conhecimentos e competências em torno da temática escolhida.

Foi por opção estrutural para este relatório conjugar as atividades realizadas nos quatro contextos de estágio elencadas aos objetivos definidos. É sobre os seguintes objetivos de estágio que incide este relatório:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da gestão do conforto;
- Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem na área da promoção do conforto da pessoa através do alívio da sede.

Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e família

Iniciei o meu percurso de estágio no SU, um contexto desafiante pela minha inexperiência na gestão de prioridades à PSC nesta área. A mobilização de conhecimentos pré-adquiridos, decorrentes da minha experiência profissional, de

cursos de formação pessoal e das unidades curriculares do curso de mestrado - enfermagem em cuidados intensivos e urgência, suporte avançado de vida e suporte avançado de vida em trauma - tornou-se fundamental para o meu processo de integração.

A imprevisibilidade constante do contexto de SU, quer pelo conceito de “porta aberta” do hospital, quer pela própria evolução das situações, tornou-se um redescobrir de um contexto em que a importância dos turnos realizados, quer na triagem, quer na sala de observação (SO) e sala de emergência, foram de extrema importância pois foi nessas alocações que compreendi que o estabelecimento de prioridades assume maior relevância.

Em 2015 passou a ser obrigatório a implementação de sistemas de triagem de prioridades nos SU nacionais (Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro, 2015). A triagem de prioridades assume uma responsabilidade fundamental na organização estrutural e na organização de cuidados, onde o número de pessoas a necessitar de cuidados muitas vezes excede a capacidade de resposta dos profissionais (Silva, 2009). Neste SU, o sistema de triagem utilizado é o Sistema de Triagem de Manchester, definido como um sistema de prioridades em que à queixa principal da pessoa é atribuída um dos 52 fluxogramas constituintes e para cada um dos fluxogramas utilizam-se discriminadores-chave para determinar a categoria de triagem, dividindo-se nos subgrupos: emergente, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente, sendo que destes resulta a necessidade de cuidados à pessoa (Santos, Freitas, & Martins, 2014). São definidos de acordo com cada categoria de triagem 10, 60, 120 e 240 minutos respetivamente, como o tempo recomendado até à primeira observação médica (Santos et al., 2014).

De acordo com Silva (2009), o processo de triagem requer do profissional grande capacidade de interpretar, de discriminar e de avaliar, bem como capacidade de raciocínio clínico diferenciado, sendo os enfermeiros o grupo profissional que reúne as condições necessárias para realizar triagem, utilizando uma linguagem clínica orientada para os sintomas, e não para os diagnósticos (Cordeiro, Silveira, & Raposo, 2002). Considero que a necessidade de ser estabelecida uma comunicação efetiva neste processo é fulcral, uma vez que desta comunicação depende a prioridade atribuída e consequentemente o tempo de atendimento às pessoas que recorrem ao SU.

A realização de turnos na sala de emergência e no SO permitiu-me prestar cuidados de enfermagem através da aplicação da metodologia de intervenção ABCDE (American College of Surgeons, 2012) a pessoas vítimas de monotrauma e a pessoas em falência multiorgânica, sob ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação não-invasiva (VNI). Tomei contacto com uma escala que desconhecia, a escala MEWS (*Modified Early Warning Score*). A escala MEWS é um instrumento que através de uma pontuação identifica precocemente e facilita o reconhecimento das pessoas em deterioração clínica. Esta escala deverá ser aplicada no momento da observação das pessoas (Heart of England NHS Foundation Trust, 2012), e neste contexto é aplicada a todas as pessoas internadas na sala de reanimação e em SO.

A utilização deste instrumento baseia-se na avaliação de sinais vitais e outros parâmetros fisiológicos (Anexo I) aos quais são atribuídos valores (*scores*), em concreto: temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e estado de consciência (*Heart of England NHS Foundation Trust*, 2012; Lam et al., 2006; Silva, 2012). A pontuação total é calculada a partir dos cinco parâmetros definidos. Através do preenchimento deste instrumento consegui identificar precocemente situações de instabilidade hemodinâmica e de risco de vida, o que me permitiu prestar cuidados a pessoas em processo de deterioração clínica. Desta experiência reflete-se que o enfermeiro no SU detém uma maior autonomia na gestão de protocolos complexos e na antecipação de instabilidade e falência multiorgânica no cuidado à PSC.

Destaco a possibilidade de ter acompanhado uma pessoa a quem foi ativada a Via Verde Coronária (DGS, 2015) por queixas de dor precordial de início súbito, na sala de triagem. O enfermeiro encaminhou diretamente a pessoa para a sala de emergência e foi pedido automaticamente, na sua ativação, eletrocardiograma e análises sanguíneas com marcadores cardíacos, de modo a ser possível o diagnóstico e iniciar tratamento, tão precocemente quanto possível. O fator tempo, nestes casos, é fundamental. Os hospitais envolvidos na denominada Via Verde Coronária (DGS, 2015), encontram-se organizados internamente de modo a que a rapidez de intervenção, iniciada em ambiente pré-hospitalar, não sofra atrasos no atendimento intra-hospitalar, uma vez que se pretende que este seja um atendimento simples, eficaz e rápido (Lino, Garcia, & Costa, 2009). Não familiarizada com este tipo de intervenção no SU, constatei a sua utilidade e a eficácia do trabalho multidisciplinar, proporcionando se necessário a transferência da pessoa para um

hospital diferenciado perante a necessidade de abordagem por cardiologia de intervenção (DGS, 2001).

No decurso desta atividade surgiu a possibilidade de realizar o transporte inter-hospitalar da PSC para a realização de angioplastia. A principal indicação para a transferência inter-hospitalar é a inexistência de recursos (humanos e técnicos) no hospital de origem, para tratar ou dar continuidade ao tratamento iniciado, não sendo de excluir a possibilidade de transporte inter-hospitalar para a realização de exames complementares não disponíveis no hospital de origem (Júnior, Carvalho, Filho, Malzone, & Pedersoli, 2007). Assim, sempre que a unidade de saúde não detiver os meios e os cuidados diferenciados que a pessoa necessita deverá proceder ao transporte inter-hospitalar para outra unidade.

O transporte da PSC não foi uma atividade nova para mim já que no meu contexto de trabalho foram inúmeras as vezes em que realizei o acompanhamento de pessoas em transportes inter e intra-hospitalares. Contudo, realço a mais-valia desta experiência pois compreendi que a principal problemática do transporte inter-hospitalar, no contexto de SU, se relaciona com a necessidade de monitorização e acompanhamento diferenciado da PSC.

Neste serviço não existe nenhuma escala implementada para a estratificação do risco do transporte da PSC. O risco de transporte envolve duas componentes: o risco clínico, que depende dos fatores que afetam a fisiologia cardiorrespiratória e a fiabilidade da monitorização e o risco da deslocação no que respeita ao efeito das forças de aceleração-desaceleração e risco de colisão (Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos [SPCI], 2008). A experiência pré-adquirida neste tipo de transporte suscitou em mim questões éticas e deontológicas sobre a segurança da PSC: quem decide a transferência? como se planeia a transferência? como é a efetividade desta transferência?

A qualificação técnica, relacionada com a formação e com a experiência clínica, constitui um dos aspetos mais importantes para a promoção da segurança durante o transporte da PSC (Martins & Martins, 2010). A decisão da transferência depende de um ato médico e pressupõe que houve avaliação dos benefícios e riscos inerentes ao transporte (Martins & Martins, 2010). Pude compreender que no SU o planeamento do transporte inter-hospitalar depende da avaliação da equipa multidisciplinar (equipa médica e de enfermagem) corroborando com Martins e Martins (2010). A avaliação é realizada pela equipa multidisciplinar e implica a

escolha e o contacto com o serviço recetor, a escolha do meio de transporte, da equipa de transporte, a seleção da monitorização a utilizar, a terapêutica em curso e a previsão das possíveis complicações. De sublinhar a atividade realizada em conjunto com a equipa multidisciplinar, recolher a informação clínica e de enfermagem, compreender as condições necessárias à realização do transporte, minimizando os riscos inerentes ao mesmo e assim promover o encaminhamento da PSC para uma área diferenciada de cuidados.

De igual modo, destaco a vivência da efetividade de um transporte da PSC para outro hospital, uma vez que o transporte fica a cargo da equipa de transporte selecionada cuja responsabilidade só termina no momento da transição de informação, garantindo a continuidade de cuidados e confirmando as recomendações para o transporte inter-hospitalar da Ordem dos Médicos e SPCI (2008).

Em Portugal está decretado o direito ao acompanhamento de um familiar nos SU (Lei n.º 15/2014 de 21 de março, 2014). No caso deste contexto, o horário de visitas é distinto em cada alocação, existindo um período alargado de visitas o que possibilita os familiares serem alvo de cuidados de enfermagem. No que diz respeito aos cuidados à família, Kolcaba (2003) refere que os profissionais de saúde facilitam o conforto social da família. O acolhimento da família no SU permite melhorar o atendimento da pessoa e/ou família, reforçando a acessibilidade aos serviços de saúde e a promoção da humanização (Galinha, Ribeiro, & Pinto, 2014). Tive oportunidade de verificar esta premissa uma vez que existe na equipa de enfermagem a preocupação com o acolhimento da família e a comunicação com a mesma, mantendo-a frequentemente informada e atualizada do estado clínico dos seus familiares, das estratégias de intervenção terapêutica desenvolvidas e a desenvolver, tendo em vista o processo de alta, tornando-se assim parceiros no cuidado da PSC. Esta parceria de cuidados envolve o conhecimento e o respeito pelo outro e pode ser definida como um processo dinâmico negociado, em conjunto por duas partes, pessoa/família e enfermeiros, aproveitando saberes, o querer e o sentir de cada um, respeitando as crenças, no intuito de querer alcançar um objetivo comum (Gomes, 2009), ou seja, um processo onde a busca de informação e conhecimento por parte da família se manifesta e que os profissionais devem saber reconhecer e dar resposta.

Neste percurso, realizei um jornal de aprendizagem subjugado ao tema das vivências da família da PSC na UCI. A família é um recurso valioso na prestação de cuidados, permitindo conhecer e compreender melhor a PSC (Engström & Söderberg, 2007). A família da PSC internada em UCI encontra-se vulnerável, ou seja, numa transição de experiências em que se encontra exposta a problemas que podem condicionar danos individuais (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000), perante uma desconstrução dos papéis da família, associado a emoções negativas relacionadas com a possibilidade de perda de um ente querido. Sendo a vulnerabilidade um dos princípios éticos, desde a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos em 1998, a sua defesa é um dos valores da enfermagem, salvaguardando a dignidade humana nas situações de particular fragilidade, incluindo não só a pessoa, mas também a família. As vivências da família são múltiplas e dinâmicas, nas quais as intervenções de enfermagem não deverão ser generalizadas, mas sim adaptadas e especializadas a cada família e a cada momento do internamento da PSC na UCI.

Refleti sobre as intervenções de enfermagem realizadas nas perturbações emocionais da família decorrentes da situação clínica crítica. Intervenções baseadas na gestão da ansiedade e dos medos vividos relacionados com as expectativas e o risco de morte eminente como preocupação inicial dos familiares devem ser alvo de intervenção especializada de enfermagem. Estudos referem que as famílias querem sentir que há esperança e geralmente querem saber o prognóstico dos seus familiares (Phillips, Wenger, Teno, et al., 1996 citados por Wood, Chaitin, & Arnold, 2016).

As condições de adversidade psicológica são comuns entre os membros da família de pessoas em UCI (Wood et al., 2016). Num estudo realizado por Sullivan et al. (2012), os dados demonstram que a maioria dos familiares desenvolveu um grau significativo de desamparo, relacionado com a diminuição da motivação, estados depressivos e problemas com o confronto com a realidade. Compreendi que as verdadeiras necessidades da família enquanto pessoas integradas nos cuidados, passam por necessidades de apoio emocional, apoio social, religioso ou económico, para além do envolvimento na tomada de decisão. Esta identificação foi por mim percecionada como uma dificuldade na abordagem à família.

Todas as intervenções que envolveram a inclusão dos familiares através do acolhimento, na tomada de decisão, na passagem de informação, entre outras,

foram atividades que tive oportunidade de desenvolver nos estágios e que suportam o conforto social, ou seja aquele que depende do estreitamento das relações familiares, conforme define Kolcaba (2001).

No que diz respeito ao contexto de UCI, pude confirmar que diariamente os enfermeiros se deparam com a necessidade de executar uma multiplicidade de tarefas em simultâneo. A rigorosa monitorização hemodinâmica da PSC, o ambiente tecnológico associado à multiplicidade de decisões de enfermagem e registos necessários, aliados a uma prestação de cuidados que se pretende de alta qualidade, com eficácia e com a segurança necessária em ambientes de saúde, por vezes, incertos (Fairchild, 2010) é um paradigma frequente nos contextos de UCI. Na UCI3, dada a casuística da unidade, enquanto UCI única de um hospital central, foi um contexto onde encontrei uma multiplicidade de diagnósticos e necessidades de cuidados especializados de enfermagem na PSC e, onde, diversas técnicas de suporte de órgão são utilizadas, tais como, técnicas de substituição da função renal, *plasmaferese*, técnica de suporte de oxigenação extracorporal, colocação e implementação de *pacemakers* provisórios, entre outros.

Saliento, dos contextos, a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem às pessoas na unidade de cuidados intermédios, ou seja, unidades de valência, nível I (DGS, 2003b). Dada a minha inexperiência foi um importante contributo prestar cuidados a pessoas numa fase pós-crítica pois pude compreender uma dinâmica distinta de cuidados às pessoas, onde a exigência da monitorização é específica, o *ratio* enfermeiro-pessoa doente é menor, as estratégias de comunicação são distintas e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem visam a preparação para a alta.

Durante o estágio na UCI1, tive a oportunidade de elaborar um estudo de caso sobre uma pessoa com diagnóstico de fibrose quística e qual o contributo da prestação de cuidados de enfermagem intervindo no alívio da sede, tendo por base a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). De modo a facilitar a adesão da pessoa à VNI, e como não tinha outros fatores de risco para a sede, as intervenções de enfermagem centraram-se em evitar secura das mucosas, quer por humidificação do ar inspirado, quer por estratégias diferenciadas de hidratação oral.

Pela especificidade do contexto da UCI1 é frequente a decisão clínica da utilização de VNI como atitude terapêutica, atitude distinta da minha experiência profissional, justificando a temática central do estudo de caso realizado. Da

literatura, compreendi que a VNI tem sido provada como uma técnica de primeira linha no tratamento de pessoas com insuficiência respiratória, uma vez que permite a diminuição dos dias de VMI e melhora a taxa de sobrevida das pessoas (Keenan et al., 2011).

A heterogeneidade de situações clínicas que implicam a utilização desta técnica condicionam níveis variados de sucesso, obtendo-se melhores resultados em pessoas com exacerbações infecciosas de doenças pulmonares crônicas e/ou com insuficiência cardíaca congestiva (Claudett et al., 2013). O sucesso da técnica de VNI depende do estado de consciência das pessoas, da sua cooperação com a técnica, de não existirem contraindicações para a mesma, das pessoas terem respiração espontânea e com melhoria da doença subjacente (Lapinsky, 2011).

Da minha experiência profissional, na prestação de cuidados a pessoas sob VNI, tive a oportunidade de discutir com a enfermeira orientadora sobre modalidades e parâmetros ventilatórios, limites de alarmes, quais os ventiladores utilizados, quais os *interfaces* que se utilizavam nas pessoas e aplicar estas discussões na prática de cuidados.

Destaco a utilização de ventiladores exclusivos para VNI em que a sua tecnologia autoadaptativa permite melhorar a sincronia e a adaptação da técnica à pessoa (Philips, 2016) e o confronto com a modalidade ventilatória AVAPS (*Average Volume Assured Pressure Support*). Esta modalidade ventilatória permite a fixação de um volume corrente fixo; a saída de ar ajusta-se automaticamente com base nas variações de pressão inspiratória para garantir o valor alvo de volume predeterminado (Claudett et al., 2013). As principais indicações para a utilização desta modalidade ventilatória são pessoas com história de insuficiência respiratória crónica, de apneia obstrutiva do sono e de síndrome de hipoventilação alveolar (Claudett et al., 2013), o que pude comprovar na casuística da UCI1.

Tive a oportunidade de intervir na escolha do *interface* de adaptação do ventilador à pessoa. Da minha experiência profissional conhecia diferentes máscaras disponíveis para a VNI. No entanto, destaco que durante o estágio na UCI1 contactei com o início da adaptação da pessoa a ventilação noturna com ventiladores domiciliários. Assim, pude aprofundar conhecimentos sobre os diferentes ventiladores domiciliários existentes e da máscara nasal como opção nesta a modalidade de VNI, contribuindo na promoção da autonomia da pessoa e preparação para a alta.

Numa revisão de literatura realizada por Keenan et al. (2011), estes sugerem a utilização de máscaras oronasais, em vez de máscaras exclusivamente nasais nas pessoas com insuficiência respiratória aguda sob VNI. Porém não existe nenhuma recomendação sobre o uso de uma máscara oronasal em vez de nasal ou facial em pessoas com insuficiência respiratória crônica agudizada sob VNI. A escolha destes *interfaces* situa-se na vasta experiência dos enfermeiros nesta área de cuidados, na avaliação da pessoa e da sua morfologia facial. É permitida a adaptação da pessoa às diferentes máscaras e respeitadas as suas escolhas de modo a promover maior conforto e consequente melhor adaptação e aceitação da técnica.

Na UCI3 prestei cuidados a uma pessoa sob VNI que utilizava uma *helmet mask*². Este *interface* foi escolhido para uma pessoa com insuficiência respiratória após extubação orotraqueal, uma vez que, depois de utilizadas as opções de máscara oronasal e facial, a pessoa manteve um quadro de má adaptação à técnica, comprometendo a sua oxigenação e ventilação. Esta intervenção de enfermagem permitiu o sucesso da técnica o que levou a melhorias significativas no seu quadro clínico, culminando na transferência para um serviço de enfermaria, não dependente de VNI. Intervenções como a adoção de uma posição confortável por parte da pessoa, a ingestão de água antes da conexão à técnica e a utilização de apósitos cutâneos que aliviam a pressão das máscaras faciais, são um conjunto de medidas de conforto físico que utilizei e que se associam na promoção do sucesso da técnica de VNI.

Tomei contacto com a utilização de “tempos de rampa”, na adaptação da pessoa à VNI. São definidos como tempos que permitem a pessoa adaptar-se, gradualmente, num período de tempo programado, a pressões inspiratórias cada vez mais elevadas até à pressão prescrita (Trindade, Coimbra, Esperança, & Rua, 2009), o que possibilita a promoção do conforto e sucesso da técnica.

A realização desta atividade permitiu-me orientar e melhorar a prática de cuidados à PSC através da organização e sistematização dos cuidados à pessoa sob VNI, respeitando todas as fases do processo de enfermagem, através da classificação dos diagnósticos, ações e resultados de enfermagem, descrevendo e

² Capacete transparente que cobre toda a cabeça da pessoa com fixação no pescoço. É vantajosa em relação à máscara facial, uma vez que é melhor tolerada e evita fugas de ar. A falta de contato do capacete com a cara garante uma vedação melhorada ao nível do pescoço (Patel, Wolfe, Pohlman, Hall, & Kress, 2016).

caracterizando a prática com vista ao crescimento e ao desenvolvimento humano, sustentando-me na Teoria do Conforto de Kolcaba (2001). A escolha da linguagem CIPE para a elaboração do plano de cuidados, foi importante para mim pois, para além de não estar familiarizada com a mesma, esta é única e descreve a prática de enfermagem a fim de otimizar a comunicação entre os profissionais de enfermagem e com os demais profissionais (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016). A pesquisa bibliográfica aliada à prática reflexiva através da realização do estudo de caso, foi uma estratégia de investigação empírica que me permitiu estudar aprofundadamente fenómenos no seu contexto real (Grilo & Mendes, 2012). Assim, pude compreender melhor a articulação entre a teoria e a prática em enfermagem.

Durante o meu processo de aquisição de competências tive a oportunidade de colaborar na realização de consultas de enfermagem de *follow-up* que tinham como objetivo compreender as vivências e memórias de stress, seis meses após o internamento. Sukantarat e Brett (2003) referem que quadros de ansiedade ou depressão podem atrasar e prejudicar a recuperação das pessoas que sobrevivem a estados de doença crítica.

Uma vez que grande parte dos internamentos em UCI é um evento inesperado, a PSC não tem, muitas vezes, perceção da sua condição de doença até uma fase pós-crítica, havendo esta perceção apenas após a alta para a enfermaria. Todavia, durante o internamento, a PSC mantém vida emocional, numa mistura de sonhos, delírios e experiências emocionais relacionadas com eventos reais (Granja et al., 2005).

Nestas consultas de enfermagem são questionadas quais as recordações do internamento relacionadas, entre outros, com experiências de dor, com a presença de tubo endotraqueal e algália, de dificuldade na comunicação e também sensação de sede. Dos dados obtidos nas consultas de enfermagem de *follow-up*, entre janeiro de 2009 e dezembro de 2014, identifiquei que a sensação de sede é a segunda experiência vivenciada mais relevante e lembrada como causadora de stress durante o internamento nesta UCI (Rego, 2016). Estes dados corroboram com a minha experiência empírica em que a sede é efetivamente manifestada, vivenciada e lembrada como um sintoma causador de desconforto nas pessoas. De referir que nos dados obtidos nesta consulta a sede é lembrada como uma vivência causadora de maior stress quando comparada com a dor, com a imobilização ou mesmo com a dificuldade de comunicar (Rego, 2016); achado que

reforça a importância efetiva da minha área de desenvolvimento de competências de enfermagem.

Ao desenvolver competências especializadas de enfermagem à PSC, considere importante salientar as atividades realizadas e relacionadas com a prevenção e o controlo da infeção hospitalar. Nos vários contextos contatei com as suas normas e instruções de trabalho, todas subjugadas ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (DGS, 2008). As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são definidas pela DGS (2008) como infeções adquiridas por utentes e por profissionais, que estão associadas à prestação de cuidados onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados envolvido.

Durante o estágio no SU tomei conhecimento das normas e procedimentos de prevenção de IACS construídas em conjunto com a *Joint Commission International*, no decorrer do processo de creditação. Desta sinergia, criaram-se metodologias de vigilância infecciosa, análise de dados e processos de prevenção de infeções (Joint Commission International, 2015), que avaliam as políticas e os procedimentos da organização hospitalar.

Especificamente em UCI, a Organização Mundial de Saúde sugere que uma em cada quatro pessoas têm um risco acrescido de desenvolver IACS, o que fundamenta a necessidade de consciencialização desta problemática a fim de reduzir estes números (DGS, 2008). Uma vez que o estágio realizado na UCI1 pertence à mesma instituição onde exerço a minha atividade profissional, já detinha o conhecimento dos procedimentos preconizados pela Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar. Contudo, revisei protocolos e recomendações de manutenção e manipulação de cateteres centrais e periféricos e as normas de algaliação existentes na UCI.

A UCI3 está inserida no programa STOP Infecção Hospitalar! – Desafio Gulbenkian (“Apresentação ‘STOP Infecção Hospitalar! – Desafio Gulbenkian”, 2015) que estabeleceu, para os próximos três anos, o compromisso de reduzir a taxa de infeção hospitalar. A destacar intervenções de prevenção da pneumonia associada à intubação e de prevenção de infeção de bacteriemias associadas ao cateter venoso central.

Ter participado em reuniões específicas e discutido com peritos indicadores de infeção e estratégias de melhoria desses indicadores, contribuiu para a minha formação especializada e desenvolvimento profissional nesta área de intervenção.

Resultados – Sendo o SU o contexto que mais se distinguiu da minha realidade profissional torna-se difícil explicar a riqueza da aprendizagem resultante de todas as experiências vivenciadas ao longo deste estágio. Pela diversidade de situações de cuidados vividas, considero difícil descrever todas as atividades desenvolvidas centradas no conforto das pessoas a quem prestei cuidados, salvaguardando que foi de extrema importância ter realizado turnos por todas as valências do SU a fim de compreender o percurso da pessoa. Foi determinante na minha aprendizagem ter incidido a maioria dos turnos na sala de triagem, sala de reanimação e SO, locais onde pude desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família. A passagem por este serviço dotou-me de uma maior capacidade de gestão de prioridades e de tempo (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011), proporcionando uma maior compreensão da intervenção do enfermeiro na abordagem à PSC.

Ao longo dos estágios em UCI foram diversas as intervenções que tive a possibilidade de realizar à PSC e família. Pelos contextos de UCI se assumirem semelhantes aos da minha experiência profissional, numa primeira fase de integração foquei a minha ação na dimensão tecnológica e na integração nas rotinas dos contextos, para posteriormente desenvolver atividades baseadas em questões avançadas da prestação de cuidados de enfermagem.

Da minha prestação de cuidados, pude desenvolver competências que emergem da prestação de cuidados de enfermagem à PSC com patologia múltipla, com principal enfoque no estabelecimento de prioridades, na gestão de protocolos complexos e na antecipação da instabilidade e falência multiorgânica da PSC (OE, 2010b). Acrescento que sempre estive envolvida na implementação e discussão de medidas preventivas de IACS, contribuindo não só para a segurança da PSC mas também para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2010a). Assim, penso que desenvolvi competências de prevenção e controlo da infeção dando resposta às necessidades dos contextos de prestação de cuidados à PSC (OE, 2010b).

É importante destacar a mobilização de conhecimento decorrente das Unidades Curriculares de Suporte Avançado de Vida e de Suporte Avançado de Vida em Trauma, sustentando intervenções de enfermagem adequadas e atempadas nas situações emergentes vivenciadas. A constante pesquisa bibliográfica aliada à prática reflexiva através da realização de um estudo de caso, permitiu-me uma melhor compreensão da articulação entre a teoria e a prática em enfermagem. Esta atividade possibilitou desenvolver o autoconhecimento baseando a minha prática de enfermagem em sólidos e válidos padrões de conhecimento de enfermagem (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

A opção de incluir um jornal de aprendizagem sobre as vivências da família da PSC foi significativa, uma vez que através de pesquisa bibliográfica pude refletir sobre aquilo que é a minha prática diária na prestação de cuidados à família da PSC. Constatei que através da empatia, da compreensão e da comunicação eficaz é possível diminuir a ansiedade inerente à vivência dos familiares da PSC internada em contexto de UCI, aprofundando competências no estabelecimento da relação terapêutica com a PSC e família (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011). Corroborando com Kolcaba (2003), nos cuidados à família os profissionais de saúde devem facilitar o conforto social da mesma valorizando a sua importância.

Ter prestado cuidados de enfermagem em situações clínicas distintas e específicas de cada contexto, possibilitou-me integrar e refletir acerca das diferentes abordagens à PSC. As particularidades da abordagem da PSC na sala de triagem e SO, no SU, nas unidades de cuidados intermédios e as especificidades dos cuidados de enfermagem à pessoa sob VNI, foram momentos dissemelhantes dos da minha prática profissional e que me proporcionaram uma maior consolidação de conhecimentos práticos agregados à autoformação teórica.

Por último, a possibilidade de desenvolver a prática de enfermagem baseada na reflexão crítica, individual e conjunta com os enfermeiros e professores orientadores, constituíram pilares para que o meu percurso de desenvolvimento de competências se fizesse positivamente.

Desenvolver competências especializadas de enfermagem na área da gestão do conforto

O desenvolvimento de competências no âmbito da gestão do conforto foi transversal na prestação de cuidados em estágio. Mantive a preocupação não só

com a avaliação de indicadores de conforto, mas também na sua manutenção atuando através de intervenções interdependentes e autónomas de enfermagem.

Sabe-se que a dor está presente na grande maioria das situações que levam as pessoas a recorrer aos serviços de saúde (DGS, 2003a). Num estudo realizado por Berben et al., (2008), a dor é a principal queixa das pessoas em SU, associada a procedimentos médicos e intervenções de enfermagem. Deste modo, envolver a responsabilidade profissional do enfermeiro na promoção do conforto (Kolcaba, 2003), permite que à pessoa sejam prestadas intervenções atempadas no alívio do desconforto.

As pessoas no SU encontram-se, diversas vezes, deitadas em macas onde vêm a sua mobilidade reduzida o que pode causar dor ou desconforto. Assim, os posicionamentos são uma intervenção não-farmacológica empiricamente utilizada pelos enfermeiros. Neste sentido, a alternância de posicionamentos e de decúbitos, a possibilidade de transferência para camas, a elevação da cabeceira da cama ou maca são diversas intervenções não-farmacológicas que tive a possibilidade de aplicar, gerindo o conforto da pessoa. Manter o alinhamento corporal apropriado pode ser uma resolução parcial dos problemas associados ao desconforto físico (OE, 2008).

Saliento a técnica de aplicação de gelo em regiões com edema ou hematoma como outra intervenção não-farmacológica utilizada no SU. Relembro uma pessoa que apresentava um quadro de dor no membro inferior associada a uma lesão muscular (autoavaliou a dor como 7 na escala numérica - dor intensa), tendo referido melhoria com a aplicação do gelo – frio – (autoavaliou a dor como 4 na escala numérica - dor moderada). Esta intervenção não-farmacológica teve como objetivo diminuir a inflamação e, conseqüentemente, diminuir o edema e a dor (OE, 2008), contribuindo para a promoção do conforto da pessoa.

Ao longo do estágio no SU pude perceber que os procedimentos dolorosos são múltiplos. As pessoas são informadas pelos enfermeiros das intervenções a que são sujeitas, com intuito de reduzir a ansiedade. A redução da ansiedade é um objetivo essencial na gestão da dor, uma vez que, reduz a necessidade de administração de fármacos analgésicos conforme refere Kolcaba (2003). Verifiquei que a avaliação da dor, com recurso à escala numérica, antes das intervenções, com objetivo de gestão da dor, era frequentemente realizada pelos enfermeiros. No entanto, ressalvo que após a realização da intervenção com objetivo de controlo

álgico denotei que a reavaliação da efetividade da intervenção não era realizada de forma sistematizada. Compreendo que esta lacuna se deve à dificuldade da gestão dos cuidados, num ambiente como o SU, onde se relacionam múltiplos fatores.

O controlo da dor é um direito da pessoa e um dever do enfermeiro (DGS, 2003a; OE, 2008), sendo uma intervenção fundamental na humanização dos cuidados em saúde. A avaliação da dor depende de dois componentes: a não observável ou subjetiva e a observável ou objetiva (DGS, 2003a; OE, 2008). Ao longo dos estágios, dependendo da capacidade de comunicação e compreensão de cada pessoa, e das escalas implementadas nos contextos, foram utilizadas as seguintes: numérica, descritiva ou visual analógica e a comportamental. No caso da utilização das escalas de autoavaliação da dor a pessoa tornou-se um parceiro de cuidados na medida em que é a melhor avaliadora da sua própria dor e a única capaz de referir com exatidão as características da mesma, nomeadamente, intensidade, localização, irradiação, duração e frequência (DGS, 2001).

Em UCI, são múltiplos os fatores que condicionam a autoperceção da dor. É o caso da administração contínua de sedativos que condicionam alterações de estado de consciência, a utilização de ventilação mecânica, que afeta a comunicação verbal e consequentemente a correta avaliação do desconforto associado à dor. Um estudo recente demonstra que cerca de 50% das pessoas que passam por um internamento em UCI experienciam dor moderada a severa (Rijkenberg et al., 2015), pelo que se aumenta a ênfase dada à responsabilidade profissional dos enfermeiros em a gerir eficazmente.

Nos contextos de UCI verifiquei que os enfermeiros valorizam a avaliação da dor. Adotei a prática dos contextos, mantendo intervenções sistematizadas que englobam a avaliação, a intervenção, a reavaliação e o registo do processo de intervenção. A escala utilizada para a autoavaliação da dor nas pessoas conscientes é a numérica e são utilizados indicadores comportamentais observáveis garantidos pela *Behaviour Pain Scale* (BPS), para avaliar a dor nas pessoas incapazes de autoavalia-la. A BPS é uma escala comportamental de avaliação da dor, desenvolvida para a avaliação da dor na PSC, sedada e sob VMI (Payen et al., 2001). Esta foi a escala adotada pelos Centros Hospitalares onde desenvolvi os estágios como resultado do estudo de validação da escala realizado por Pinho, Carneiro e Alves (2012).

O conhecimento prévio e experiência profissional na utilização desta escala, no que diz respeito à pessoa sedada e ventilada, permitiu-me que estivesse desperta para as pequenas alterações que indiciassem dor ou desconforto da pessoa. Os estágios foram ricos em situações que permitiram desenvolver esta competência, uma vez que foram diversas as pessoas a quem prestei cuidados e que apresentavam um score BPS>3. Este score implica o diagnóstico de enfermagem “dor atual”, ou seja, aumento do desconforto da sensação corporal; referência subjetiva de sofrimento (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016), o que justifica a atuação da enfermagem através de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o seu controlo.

Partilho uma situação de cuidados na UCI1 em que uma pessoa sedada, com score 5 na Escala de Coma de Glasgow (abertura dos olhos à voz, sem resposta verbal e sem resposta motora), sob VMI apresentava um score BPS 5 (apresentava a face relaxada, os dedos crispados e períodos de tosse frequente sem desadaptação ventilatória), aliado a um quadro de taquicardia de base sinusal. Ao evidenciar estes sinais, após as intervenções de enfermagem não-farmacológicas (alteração de posicionamento e massagem de conforto), senti, conjuntamente com a enfermeira orientadora, a necessidade de alertar a equipa médica para a eventual necessidade de analgesia concomitante à sedação, por manifestação de dor. Melhorar o tratamento da dor nas pessoas conduz a uma oportunidade de melhoria da qualidade de cuidados multidisciplinares (Pinho et al., 2012). Assim sendo, após avaliação clínica foi iniciada a administração contínua de analgesia, com um fármaco opióide. A pessoa apresentou melhoria dos sinais de desconforto, com uma reavaliação de BPS 3 - identifiquei que nos membros superiores os dedos já não se encontravam crispados e não apresentava desconforto ventilatório, tolerando a modalidade prescrita. Neste ponto, considero que melhorei as minhas capacidades de avaliação e interpretação de sinais subjetivos da dor da PSC.

Ao longo dos estágios, adotei intervenções de enfermagem na promoção do conforto ambiental. Medidas como o controlo da luminosidade, da temperatura ambiente e controlo do ruído são atitudes diárias nos cuidados de enfermagem, dependentes do horário, das práticas dos contextos e, no caso do SU, da afluência de pessoas.

Verifiquei que em todos os contextos, sempre que possível, é diminuída a intensidade das luzes, e consequentemente do ruído, sendo proporcionado um

ambiente escuro, calmo, promotor do sono. Frequentemente é ajustada a temperatura ambiente com abertura de janelas ou controlo de temperatura através de ar condicionado. No SU, especificamente em SO, e em UCI o espaço físico das unidades de internamento das pessoas é dividido em quartos ou “boxes” favorecendo o conforto da PSC através da individualidade dos espaços. Tal favorece a promoção de um ambiente confortável, ajustado à situação de doença crítica vivida pela pessoa e família, proporcionando conforto no contexto ambiental (Kolcaba, 2001). Contrariamente, no SU identifiquei que na zona dos “balcões”, o espaço físico onde se encontram pessoas em vigilância em maca, existe grande rotatividade de pessoas doentes e profissionais de saúde, o que torna mais difícil o ajuste da luminosidade e do ruído adaptado ao ciclo circadiano. O conforto ambiental depende da relação da pessoa com o meio, com as condições e as influências externas (Kolcaba, 2003), permitindo que através do controlo da luminosidade e do ruído, entre outros, seja possível promover o conforto da pessoa nos contextos de prestação de cuidados de saúde.

No que diz respeito à gestão do conforto associada à sede pude recorrer às diferentes estratégias identificadas na literatura para o seu alívio. No SU, é comum a pessoa ficar em jejum por necessidade de exames auxiliares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas urgentes, entre outros, tornando-se importante intervir na antecipação deste desconforto. Durante o estágio, e através da partilha com o enfermeiro orientador, verifiquei que não existem critérios de intervenção sistematizada e que o seu registo não é, comumente, realizado em notas de enfermagem. No que concerne à antecipação do desconforto prevenindo a sede, pude promover a hidratação da mucosa oral com água fria, sempre que disponível com a utilização de gelo, prestar cuidados de higiene oral frequentemente e incentivar, quando não contraindicado, a ingestão hídrica oral com água fria.

A promoção do conforto através do alívio da sede na PSC foi por mim igualmente refletida na ação através da realização de um jornal de aprendizagem. Neste documento, questionei quais as diferentes estratégias a utilizar de modo a aliviar a sede e promover o conforto físico da pessoa perante o risco de morte eminente, mantendo a sua estabilidade hemodinâmica, o tempo e indicação de jejum, sem interferir com as potenciais medidas de atuação emergente relacionadas com a manutenção da via aérea e realização de exames complementares de diagnóstico invasivos.

À medida que fui aprofundando o olhar sobre a temática que envolve o meu desenvolvimento de competências, senti a necessidade de criar um documento onde pudesse realizar o registo da intensidade da sede das pessoas a quem prestava cuidados, as intervenções realizadas e a reavaliação após intervenção.

Foi elaborado um instrumento, designado de grelha de intervenções (Apêndice II), inspirado no ensaio clínico randomizado, longitudinal e unilateral de Puntillo et al. (2014). Este permitiu-me avaliar a intensidade da sede nas pessoas conscientes internadas nas UCI1, UCI2 e UCI3 e compreender se a efetividade das intervenções de enfermagem realizadas contribuíam para a promoção do conforto associado à sede. Os critérios de inclusão determinados foram: pessoas com mais de 18 anos de idade, internamento com duração de pelo menos 24 horas, pessoas orientadas que se incluíssem na escala de sedação e agitação de Richmond (*RASS*)³ com *score* entre -1 e 1, ou seja não sedado ou agitado, e pessoas com *score* superior a 11 na Escala de Coma de Glasgow, ou seja, com coma leve. Os critérios de exclusão para a aplicação desta grelha foram: pessoas com feridas abertas na boca, pessoas com história de demência ou submetidas a qualquer intervenção médica que contraindicasse a sua aplicação (por exemplo, cirurgia oral com indicações específicas de intervenção).

Neste processo foram considerados os pressupostos éticos, tendo sido obtido o consentimento informado oral das pessoas sujeitas a intervenção com proteção dos dados de confidencialidade dos participantes contra qualquer dano. A aprovação para aplicação desta grelha foi obtida junto dos enfermeiros chefes validando a sua importância.

A grelha divide-se em três dimensões principais: a avaliação, a intervenção e a reavaliação de enfermagem.

A dimensão “AVALIAR” destinava-se à avaliação do perfil de risco da pessoa para a sede. Foram identificados os fatores que influenciam e causam maior desconforto associado à sede na PSC: VMI, terapêutica específica (opióides, diuréticos e inibidores seletivos da recaptção da serotonina) e quadros de jejum prolongado (Stotts et al., 2014). Posteriormente, esta dimensão serviu também para

³ A *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)* foi criada para garantir definições precisas do nível de sedação das pessoas. Depende de uma avaliação da excitação, cognição e sustentabilidade usando respostas comuns - abertura ocular, contato visual, movimento e estimulação física (Sessler et al., 2002).

obter a quantificação da autoavaliação da sede nas pessoas a quem foi aplicada a grelha. Foi utilizada uma adaptação da escala numérica da dor uma vez que é uma escala amplamente utilizada para avaliar a intensidade de múltiplos sintomas, passível de ser aplicada em UCI (Jensen, Karoly & Braver., 1986 citados por Puntillo et al., 2014). Nas pessoas sob VMI foi permitida a leitura labial e/ou a utilização de uma escala numérica adaptada, pedido para a pessoa acenar afirmativamente quando era apontado o número que exemplificava a intensidade do seu desconforto.

A dimensão “INTERVIR” integrou as intervenções autónomas de enfermagem, inspiradas na *bundle* de intervenção de Puntillo et al. (2014). Em concreto:

- Administrar água fria, *per os*;
- Hidratar a mucosa oral através da utilização de esponjas molhadas em água fria e/ou solução mentolada;
- Hidratar a mucosa oral através da utilização de hidratantes para a mucosa oral hidrossolúveis (vitamina E, óleo de coco e mentol);
- Incentivar a ingesta hídrica na pessoa consciente, autónoma na atividade de vida comer e beber;
- Prestar cuidados de higiene oral, 1 vez por turno, com soluções mentoladas (colírios bucais com clorexidina 0,2%).

A dimensão “REAVALIAR” teve como objetivo reavaliar, após 15 minutos, a efetividade das intervenções de enfermagem acima referidas. Foi pedido às pessoas para reavaliarem a intensidade da sede, utilizando os mesmos critérios que os utilizados na dimensão “AVALIAR”. A pessoa foi questionada sobre quão intensa era agora a sua sede, e pediu-se para quantificá-la com recurso à escala numérica adaptada.

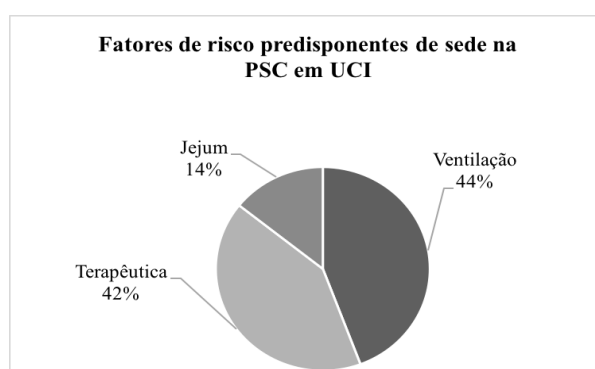
A aplicação desta grelha decorreu ao longo da prestação de cuidados, sempre que se considerasse pertinente, sem horário de aplicação determinado previamente. No total, a grelha foi aplicada a 58 pessoas. Os dados foram trabalhados no sistema operativo Microsoft® Excel® for Mac 2011 – Version 14.13.

No que diz respeito aos fatores de risco, identifiquei que a maioria das pessoas apresentava pelo menos um fator de risco. No entanto, vale a pena salientar que cerca de 10% das pessoas não apresentava qualquer fator de risco que predispusesse à sede. O resultado distingue-se, ligeiramente, do valor obtido no estudo de Stotts et al., (2014), em que 26% das pessoas não apresentava fatores de

risco para a sede, podendo ser justificado pela exaustividade do estudo e pelo número da amostra.

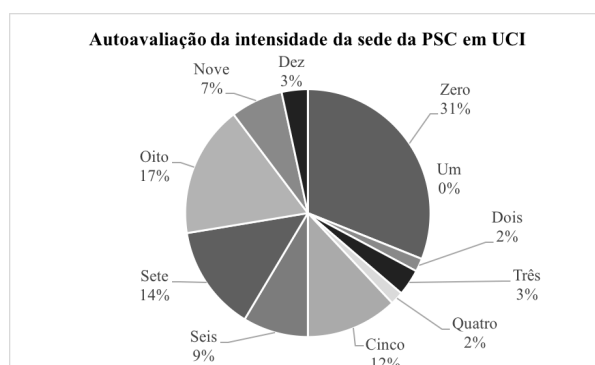
Os fatores de risco identificados (Gráfico 1) suportam o estudo de Stotts et al., (2014) que reconhece o stress e o desconforto associado à sede, maioritariamente, em pessoas sob ventilação mecânica (44%), em pessoas sob terapêutica com medicamentos como opióides, diuréticos e com inibidores seletivos da recaptção da serotonina (42%) e em pessoas com quadros de jejum prolongados (14%).

Gráfico 1 – Fatores de risco predisponentes de sede na PSC em UCI



Quanto à autoavaliação da intensidade da sede da PSC, destaca-se que a maioria das pessoas manifestou sede durante o internamento em UCI - 69% (Gráfico 2). Destas, 23% classificou a sede como moderada (autoavaliaram a sede entre 4-6 na escala numérica) e 64% classificou-a como intensa (autoavaliaram a sede como igual ou superior a 7 na escala numérica adaptada). A média da autoavaliação da intensidade da sede nas pessoas foi de 4,6 pontos (na escala numérica adaptada), o que corresponde a sede moderada.

Gráfico 2 – Autoavaliação da intensidade da sede da PSC em UCI



Os dados apresentam-se ligeiramente inferiores ao estudo de Puntillo et al. (2014) que identifica a intensidade da sede nos 5,6 pontos. Mais uma vez, esta diferença pode relacionar-se com a exaustividade da investigação dos autores de referência. No entanto, não posso deixar de refletir sobre estes dados uma vez que a razão da intensidade da sede na PSC ser inferior à do estudo norteador poderá advir dos cuidados personalizados e holísticos proporcionados nos contextos de exercício de enfermagem.

De referir, dificuldades sentidas na autoavaliação da intensidade da sede através da aplicação da escala numérica adaptada. Estas dificuldades relacionaram-se com obstáculos de comunicação, compreensão e literacia em saúde. Nestes casos, não sendo perceptível a autoavaliação da pessoa, os resultados foram excluídos deste relatório.

As intervenções de enfermagem foram realizadas a todas as pessoas, independentemente do valor da autoavaliação da intensidade sede, ou seja, mesmo com autoavaliação “zero” de intensidade de sede na escala numérica adaptada foram realizadas intervenções no sentido de antecipar o desconforto da pessoa. Verifiquei que a prestação de cuidados de higiene oral era realizada, em todos os contextos, no início do turno. Por esse motivo, optei por aplicar esta grelha no início de cada turno, antes dos cuidados de higiene oral, de modo a não enviesar os dados. A incidência das intervenções foi a seguinte:

Quadro 1 – Intervenções de enfermagem na promoção do conforto através do alívio da sede e percentagem das intervenções

Intervenções de enfermagem na promoção do conforto através do alívio da sede	Percentagem das intervenções
Prestar cuidados de higiene oral, 1 vez por turno, com soluções mentoladas (colírios bucais com clorexidina 0,2%).	74%
Administrar água fria, <i>per os</i> .	55%
Hidratar a mucosa oral através da utilização de hidratantes para a mucosa oral hidrossolúveis (vitamina E, óleo de coco e mentol).	40%
Incentivar a ingesta hídrica na pessoa consciente, autónoma na atividade de vida comer e beber.	35%
Hidratar a mucosa oral através da utilização de esponjas molhadas em água fria e/ou solução mentolada.	29%

A intervenção realizada mais vezes foi a prestação de cuidados de higiene oral (74%). Ao longo dos estágios denotei que a exigência relacionada com a prevenção de pneumonias associadas à intubação tem ganho relevância na prestação de cuidados. Neste sentido, verifiquei que estava padronizada, em todos os contextos, a realização de cuidados de higiene oral, pelo menos uma vez por turno. Por esse motivo foi possível aliar a prevenção de pneumonias associadas à intubação e os cuidados de higiene oral como promotores do conforto aliviando a sede.

De acordo com as normas de trabalho dos contextos de estágio, são utilizados *kits* de higiene oral e soluções de clorexidina 0,2%. Sabe-se que a higienização adequada da cavidade oral da PSC submetida a VMI é imprescindível, uma vez que, nestes casos, há diminuição da produção de saliva e impossibilidade de mastigação, favorecendo o aparecimento de biofilme⁴ dentário, apresentando-se como um importante reservatório de agentes microbianos que se sujeitos a microaspirações podem causar pneumonias associadas à intubação (Silva, Nascimento, & Salles, 2012). A utilização da clorexidina produz uma reação iónica para a destruição do biofilme, com diminuição da sua eficácia quando utilizada em simultâneo com soluções mentoladas (Meyer, Tera, Koga Ito, Kerbau, & Jardini, 2007). As soluções de hidratação da mucosa oral disponíveis nos contextos eram compostas por água, vitamina E, óleo de coco e com um constituinte que garantia um sabor mentolado (SAGE PRODUCTS, 2016). Identifiquei a recomendação de um intervalo de tempo de aproximadamente 30 minutos entre a higienização com clorexidina e a aplicação de agentes mentolados (Silva et al., 2012), como é o caso do hidratante usado, de modo a não perder a eficácia da clorexidina.

A administração de água fria *per os* foi a realizada a 55% das pessoas. Esta intervenção dependeu, exclusivamente, da avaliação de enfermagem relacionando o estado de doença e os antecedentes pessoais da pessoa. Promovi a utilização de copos adaptados, com bicos e/ou palhinhas de modo a facilitar a administração e ingestão de água.

Relativamente à hidratação da mucosa oral através da utilização de hidratantes, considero que a sua utilização como intervenção no alívio da sede foi bastante eficaz, realizada a 40% das pessoas e foi uma intervenção menos

⁴ Grupo composto por microrganismos colonizadores da cavidade oral (Portal Educação, 2008).

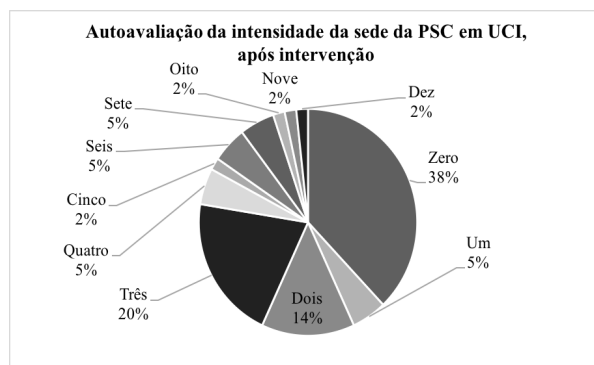
frequente por escassez deste material. A recorrência a este produto levou a que o *stock* dos serviços rapidamente esgotasse. Saliento que os enfermeiros chefes, perante a inexistência de *stock*, foram persuasivos na solicitação destes hidratantes aos serviços de armazenamento hospitalar. Todavia, problemas relacionados com a própria logística e com os centros de custos dos hospitais levou a que esta intervenção diminuísse durante o período de reposição de *stock*. Compreendo que a prestação de cuidados de qualidade é proporcionalmente direta aos recursos disponíveis, com potenciais ganhos em saúde. Neste ponto, tive a oportunidade de intervir diretamente junto dos enfermeiros chefes dos contextos, com o objetivo de aquisição de material específico o que me permitiu desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados e de recursos adaptados à situação e aos contextos, tendo em vista a otimização da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

A intervenção incentivo à ingesta hídrica na pessoa consciente, autónoma na atividade de vida comer e beber, foi realizada a 35% das pessoas, tendo em conta as suas necessidades e restrições individualizadas. De salientar a renovação frequentemente da água dos copos, a adaptação dos dispositivos para a ingesta hídrica, a utilização de gelo para reduzir a temperatura da água e a disponibilização de água às pessoas para a sua ingesta autónoma.

Por último, a intervenção menos realizada foi a hidratação da mucosa oral através da utilização de esponjas molhadas em água fria e/ou solução mentolada (29%) uma vez que sempre que a pessoa não apresentava alterações na deglutição foi preferível a administração de água *per os*, sendo esta intervenção quase exclusiva às pessoas sob VMI. Acrescento que a utilização de esponjas para hidratar a mucosa oral com água fria dependeu da sua existência nos contextos e, por isso, em situação de rotura de *stock* adaptei a sua utilização a espátulas com compressas.

Dos resultados obtidos após intervenções especializadas no alívio da sede da PSC, refere-se que na maioria das pessoas o desconforto associado à intensidade da sede diminuiu significativamente, conforme se pode identificar no gráfico 3.

Gráfico 3 – Autoavaliação da intensidade da sede da PSC em UCI, após intervenção



Como se pode constatar, a maioria das pessoas manifestou melhoria da sensação de desconforto associada à intensidade da sede, 39% das pessoas autoavaliaram a sede após intervenção como leve (menor ou igual a 3 na escala numérica adaptada) e 38% referiram mesmo ausência de sede. A média da autoavaliação da intensidade da sede, após intervenção, foi de 2,4 pontos (na escala numérica adaptada), o que significa a diminuição de 2,2 pontos da percepção da intensidade da sede, após um conjunto de intervenções específicas para o alívio da sede. Este resultado corrobora o estudo de Puntillo et al. (2014), que identifica a diminuição da intensidade da sede em cerca 2,3 pontos, após intervenção.

Por último, para além do desenvolvimento e aplicação da grelha procedi aos respetivos registos nas notas de enfermagem do processo clínico. De modo a alargar esta área de intervenção de enfermagem, nos momentos de transição de informação trabalhei com a equipa de enfermagem no sentido de poder dar continuidade à mesma.

Resultados – Ao longo dos estágios o meu foco de intervenção foi o conforto da PSC a quem prestei cuidados, numa abordagem sistematizada e ajustada às suas necessidades, sendo pessoalmente desafiante prestar cuidados tendo por matriz a gestão do conforto. Apóstolo (2009), refere que a enfermagem, ao longo da sua história, vê a centralização dos seus cuidados no desconforto das pessoas e nas intervenções que o minimizam.

Dada a minha experiência profissional, o conhecimento prévio das múltiplas escalas de avaliação da dor implementadas nos contextos foi facilitador para o meu processo de aquisição de competências no domínio da gestão diferenciada da dor

da PSC. Foi desafiante constatar que apesar da gestão da dor das pessoas no SU ser, na maioria das vezes, garantida por intervenções farmacológicas, pude implementar intervenções não-farmacológicas e verificar a sua eficácia. Estas intervenções foram realizadas regularmente, confiando o foco da intervenção de enfermagem na prestação de cuidados com o objetivo de promover o conforto.

Também no contexto de UCI tive a oportunidade de identificar evidências fisiológicas de desconforto associadas à dor, utilizando as escalas de avaliação da dor implementadas, integrando-as e aplicando-as. Pude demonstrar conhecimentos sobre a implementação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas de alívio da dor e por este motivo considero que, dada a complexidade dos contextos onde realizei os estágios, aprofundei competências no domínio da gestão da dor da PSC. Foi gratificante identificar o alívio da dor das pessoas através da aplicação de intervenções autónomas de enfermagem, que se mostram benéficas como complemento das estratégias farmacológicas com o objetivo de proporcionar conforto, cumprindo o alívio do desconforto no domínio dos quatro contextos mas principalmente no físico (Kolcaba, 2003). Neste sentido, sendo a dor um sintoma transversal à maioria das pessoas cuidadas em contextos de SU e UCI, considero que adquirir competências na gestão diferenciada da dor (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011) considerando-a um padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados à PSC (OE, 2011).

Ao longo dos estágios pude intervir na promoção do conforto ambiental, ajustando dentro dos limites das competências da enfermagem aspetos relacionados com o controlo da luminosidade, do ruído e da privacidade (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Por constatar dificuldades na abordagem de enfermagem à sede na pessoa em SU, senti necessidade de realizar um jornal de aprendizagem subjugado a esta temática onde refleti sobre as intervenções de enfermagem para o alívio da sede de modo a promover o conforto. Considero que a minha passagem neste contexto foi importante para a sensibilização dos meus pares para esta problemática da PSC, promovendo momentos de formação informal sobre esta área específica dos cuidados de enfermagem.

Decorrente da minha intervenção em estágio com a criação da grelha de intervenções (Apêndice II) e com a análise dos dados decorrentes da sua aplicação, pude reconhecer que as conclusões do estudo realizado por Puntillo et al. (2014)

são semelhantes às que obtive. Confirmei que a criação de uma *bundle* de intervenção para o alívio da sede pode diminuir significativamente a angústia e o stress associado à intensidade da sede nas pessoas e deve ser considerada como uma intervenção a aplicar na prática de cuidados de enfermagem.

Neste enquadramento, considero que incorporei na ação os resultados da investigação no âmbito da área da especialização (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, 2011), assim como demonstrei um nível aprofundado de conhecimentos que permitiu desenvolver a competência de gestão do bem-estar da PSC (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011).

Contribuir para o desenvolvimento da formação contínua em enfermagem na área da promoção do conforto da pessoa através do alívio da sede

As instituições de saúde são, por natureza, locais de formação pois promovem um conjunto de relações, grupos, poderes e recursos informais que possibilitam aprendizagens (Abreu, 2007). A experiência tem sido um elemento enfatizado através da qual o enfermeiro aprende a focar aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado (Benner, 2001), tornando-se capaz de responder às diferentes solicitações decorrentes da prestação de cuidados.

Sabendo que a partilha de experiências e informações entre pares conduz à produção de conhecimento em enfermagem, que se manifesta em prestação de cuidados eficazes, eficientes e adaptados às mudanças diárias (Santos, 2008), após a realização da RIL e da aplicação da grelha de intervenções (Apêndice II) impôs-se a necessidade de partilhar os resultados com as equipas de enfermagem dos contextos de UCI. Foram planeadas e realizadas três sessões de formação intituladas “O alívio da sede da pessoa em UCI: o enfermeiro na promoção do conforto”, com o objetivo de sensibilizar as equipas para a importância de uma abordagem sistematizada de enfermagem à pessoa com sede (Apêndice III, IV, V). Em conjunto com os enfermeiros orientadores, identifiquei a necessidade de apresentar os resultados tal como de os contextualizar junto da equipa de enfermagem.

A motivação para estas formações resultou quer da necessidade manifestada pela equipa de enfermagem, quer pelo interesse demonstrado pela equipa de gestão de enfermagem para a sua realização, como também adveio da minha responsabilidade em partilhar conhecimento contribuindo para a melhoria das

práticas da profissão. Em todas as sessões de formação foi considerada a disponibilidade da equipa de enfermagem e, por esse motivo, foi realizada mais do que uma sessão em cada contexto, permitindo a sua divulgação à maioria dos enfermeiros. No total, assistiram à formação 76 enfermeiros, assim como também assistiram outros estudantes do curso de mestrado e estudantes do curso de licenciatura. Acresce a estas sessões a valorização transmitida pelos enfermeiros orientadores e enfermeiros chefes relacionada com a necessidade de continuidade de formação, no sentido de otimizar os cuidados de enfermagem prestados pelas equipas, suprimindo lacunas, melhorando e aperfeiçoando práticas de modo a que os resultados possam ser melhorados no que diz respeito ao desconforto associado à sede da PSC.

Com o intuito de incrementar o meu *know-how* na área de cuidados à PSC, participei num congresso e assisti a um encontro de enfermagem, relacionados com a temática da PSC (Anexo II, III). Participei nas “10^{as} Jornadas do Doente Crítico do Centro Hospitalar Lisboa Norte” com um póster científico intitulado “O Alívio da Sede na Pessoa em UCI: Enfermeiro na Promoção do Conforto” (Apêndice VI), com o objetivo de divulgar as estratégias de promoção do conforto através do alívio da sede da pessoa internada em UCI. Saliento que este trabalho obteve o 1º Lugar do melhor póster apresentado (Anexo III). A realização desta atividade permitiu a discussão entre pares e dar visibilidade à temática da promoção do conforto através do alívio da sede na PSC em momentos e espaços próprios para a divulgação científica.

Nesta partilha gostaria de enfatizar a mobilização de conhecimento adquirido na Unidade Curricular Supervisão Clínica deste Curso de Mestrado, nomeadamente, no que diz respeito à aprendizagem em contexto de trabalho. Durante os estágios pude promover momentos de formação informal, definidos como aprendizagens que acontecem de forma natural e envolvem a busca de entendimento, conhecimento ou habilidade e que acontecem além de programas de ensino formais (Mardegan, 2011). Estes momentos foram intencionais uma vez que tive como objetivo desenvolver intervenções no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Por tudo isto, vim a tornar-me, no meu contexto de trabalho, o elemento de referência nesta área de intervenção autónoma de enfermagem.

Resultados – A formação em contexto de trabalho contribui para o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências dos enfermeiros (Santos, 2008). Por esse motivo, este objetivo fomentou a formação contínua da equipa de enfermagem nos contextos cumprindo um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, 2011). Pude identificar através dos questionários de avaliação da formação que os enfermeiros se sentiram muito satisfeitos com a adequação do conteúdo da formação à sua realidade profissional (93%) e muito satisfeitos com a clareza dos conteúdos apresentados (90%). A concretização desta atividade permitiu-me intervir como formadora oportuna em contexto de trabalho, dinamizando e gerindo a incorporação de novo conhecimento nos serviços, visando a promoção do conforto da pessoa.

Os momentos de reflexão e formação informal junto dos enfermeiros foram importantes na sensibilização sobre a problemática da promoção do conforto aliviando a sede. Nestes momentos reflexivos foram identificadas diversas lacunas relacionadas com estratégias diferenciadas de avaliação, intervenção e reavaliação da sede sobre as quais tive oportunidade de esclarecer os meus pares. De acordo com Santos (2008), os momentos de formação são ferramentas imprescindíveis ao dispor dos enfermeiros pois permitem uma melhor compreensão das estratégias de gestão do conforto, de modo a serem promovidos cuidados de enfermagem personalizados.

A presença em congressos científicos mostrou-se benéfica no meu desempenho enquanto mestrande e como profissional de saúde, uma vez que foram importantes fontes de informação para a tomada de decisão clínica, permitindo-me refletir sobre os resultados obtidos por outros profissionais, num local onde a partilha de experiência e resultados é benéfica para o desenvolvimento da profissão (ESEL, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do conforto é um conceito bastante amplo que envolve intervenções de enfermagem baseadas nas necessidades de conforto da pessoa. A responsabilidade da enfermagem passa pela avaliação intencional das necessidades de conforto da pessoa, na conceção de medidas de conforto para colmatar essas necessidades e na reavaliação dos níveis e conforto após implementação das medidas (Kolcaba, 2003).

A evidência científica identifica a sede como um sintoma frequente na PSC, ao qual pouca importância é dada na prática de cuidados de enfermagem (Puntillo et al., 2014). As necessidades relacionadas com o alívio da sede são frequentemente esquecidas ou simplesmente descuradas na prestação de cuidados, mesmo sendo identificado como um dos principais sintomas, manifestado pelas pessoas quer em UCI, quer em memórias associadas ao internamento em UCI (Puntillo, et al., 2014; Rose, Nonoyama, Rezaie, & Fraser, 2014). Os enfermeiros deverão intervir numa abordagem sistematizada nos contextos através da avaliação, intervenção e reavaliação de múltipla sintomatologia manifestada pela PSC, como é o caso da sede, permitindo gerir o seu conforto, assegurando intervenções adequadas e eficientes, humanizando os cuidados. Nesta perspetiva, fomentar a humanização dos cuidados em contextos cada vez mais tecnológicos onde a perícia técnica se vê sobressair torna-se um desafio uma vez que, desenvolver “intervenções humanizadas” tendo em foco a pessoa vulnerável deve originar respostas eficientes às suas necessidades de conforto (Nunes et al., 2005). Cuidados de enfermagem humanizados requerem subjetividade, sensibilidade e ética onde medidas de comunicação e competências profissionais como a escuta ativa, o respeito, a empatia e a compaixão representam um conjunto de ferramentas básicas essenciais para promover e melhorar a humanização dos contextos (Calle et al., 2017).

Como linha orientadora de estágio estabeleci a problemática – intervenção especializada do enfermeiro na promoção do conforto, através do alívio da sede na PSC - por ter identificado na minha prática profissional que a sede é um dos principais sintomas associados ao desconforto manifestado pela PSC. Da sua especificidade, que se insere na área da gestão do conforto, foi fundamental adotar como norteadora das minhas intervenções a Teoria do Conforto de Kolcaba (2001),

que encerra os princípios essenciais de que o conforto é um conceito holístico pois quando se intervém proporcionando conforto à pessoa indiretamente se melhoram outros aspetos e o princípio de que quando a pessoa está confortável tende a ter comportamentos dirigidos para a saúde, havendo um maior grau de satisfação pessoal (Apóstolo, 2009; Kolcaba, 2001).

Realizei estágio em quatro contextos distintos o que possibilitou uma maior compreensão das perspetivas da gestão do conforto da PSC. Permitiu consolidar conhecimentos e refletir sobre a minha prática profissional, conduzindo ao desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem.

O percurso formativo realizado na área do alívio da sede é reflexo da minha preocupação com a promoção do conforto da PSC. As múltiplas intervenções de enfermagem realizadas com o objetivo de aliviar a sede da PSC foram complexas e variadas e, por esse motivo, foi a esses momentos que pude recorrer para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem. Contudo, apesar do peso técnico e tecnológico vivenciado nos ambientes em que se prestam cuidados à PSC, tive especial preocupação em prestar cuidados de conforto direcionados e personalizados, assegurando que a relação humana não fosse descurada, minimizando o impacto da sintomatologia vivenciada no processo de doença.

Revisitando os objetivos propostos e as atividades desenvolvidas, perceciono o desenvolvimento de um conjunto de competências do domínio comum e específico da área de especialização em enfermagem à PSC, em particular na vertente do cuidado na promoção do conforto da pessoa e família. De destacar o desenvolvimento de uma prática profissional e ética, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; o juízo crítico na seleção de fontes de informação relevantes para a tomada de decisão em enfermagem; a mobilização e adequação do conhecimento na resolução de problemas em áreas específicas da enfermagem, tendo como base uma intervenção clínica especializada em padrões sólidos e válidos de conhecimento; o julgamento crítico para os problemas atuais da disciplina e comunicação das conclusões junto da classe profissional; a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC e família; a gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa interdisciplinar; a prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar processos complexos de doença crítica, antecipando a instabilidade e o

risco de falência orgânica; a maximização da intervenção na promoção do conforto através do alívio da sede na PSC; competências de autoaprendizagem sustentadas ao longo da vida profissional (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, 2016; ESEL, 2010).

Como ponto de partida e elemento chave no sucesso deste percurso valorizo a realização da RIL e a constante pesquisa de literatura que permitiram a atualização e reciclagem de conhecimento, o que facilitou a apropriação do estado da arte na área deste mestrado em enfermagem, subsidiando teoricamente a minha tomada de decisão em estágio e, continuamente na minha vida profissional. A intervenção sistematizada de enfermagem na promoção do conforto através do alívio da sede guiada por objetivos e sustentada na bibliografia de Bloomfield & Pegram, 2012; Kalfon et al., 2010; Puntillo et al., 2014; Puntillo et al., 2010; Stotts et al., 2015, foram aspetos importantes na construção de um conjunto de competências especializadas no cuidado à PSC, com clara referência à promoção do conforto através do alívio da sede.

Foram inúmeras as situações vivenciadas com potencial formativo, de âmbito técnico, científico, assistencial e relacional, no decorrer dos estágios, pelo que transpô-las para este relatório se revelou uma árdua tarefa pela sua significância particular. A destacar as intervenções de enfermagem à pessoa sob VNI, à pessoa internada em valência de nível I de UCI, à pessoa submetida às diferentes técnicas de substituição renal, à pessoa sob técnica de circulação extracorporeal, à pessoa com necessidade de implementação de protocolos complexos como a ativação da Via Verde Coronária, à pessoa com necessidade de transporte inter e/ou intra-hospitalar, no domínio dos cuidados de prevenção, controlo e monitorização de IACS. Todas estas intervenções podem ser consideradas de cariz técnico, mas foi salvaguardado a matriz do conforto em todas como base da minha ação, e subsidiaram o desenvolvimento de competências especializadas na prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e família

No que se refere à gestão do conforto, em particular no controlo da dor, destaco a sua avaliação através de múltiplas escalas, sentindo facilidade na sua aplicação. No que diz respeito ao controlo da dor, destaco a realização de intervenções não-farmacológicas por apresentarem *outcomes* positivos quando aplicadas isoladamente ou em associação com as farmacológicas, potenciando-as

(Sousa, 2009). Saliento, também, as intervenções de enfermagem realizadas à família promovendo o conforto social e a adoção de medidas interventivas na promoção do conforto ambiental através do ajuste da luminosidade, do ruído e da temperatura ambiente.

Defendo que a gestão do conforto exige a intervenção do enfermeiro através de uma abordagem sistematizada à pessoa. Reconheço que criação da grelha de intervenções onde a avaliação da intensidade da sede, as intervenções de enfermagem e posterior reavaliação permitiram intervir na gestão do conforto associado à sede, determinando uma abordagem especializada à pessoa. Ter partilhado os resultados obtidos com as equipas de enfermagem dos contextos de estágio assumiu-se como uma estratégia de sucesso na sensibilização junto dos mesmos, para a promoção do conforto da pessoa. Objetivando, a realização destas atividades contribuiu para a promoção de intervenções autónomas de enfermagem no domínio da gestão do conforto associado à sede, para a aprendizagem em contexto de trabalho e para a mobilização de conhecimento na área de especialidade aplicado nos contextos de estágio e também no meu contexto profissional.

Nesta fase de formação do 2º ciclo de estudos, afirmo que pela possibilidade de desenvolver este percurso acrescentei exigências profissionais à minha prática profissional, com sucessos e dificuldades, mas através do investimento na formação avançada resultou uma maior maturidade e reconhecimento de uma prática reflexiva como aspetos fundamentais para uma intervenção especializada de enfermagem.

Existiram outros fatores facilitadores neste percurso como a realização de estágios em contextos semelhantes aos da minha prática profissional, inclusivamente a realização de um dos estágios na mesma instituição hospitalar e ter tido a oportunidade de partilhar o conhecimento adquirido no meu contexto de trabalho. Estes elementos permitiram uma integração facilitada nos contextos e melhor gestão do tempo.

Reconheço que as limitações sentidas ao longo deste percurso foram múltiplas, mas todas visaram o meu processo de aprendizagem capacitando-me de conhecimentos e experiência para lidar com a incerteza e com o desconhecido, promovendo um maior nível de proficiência no cuidar (Benner, 2001). Os principais constrangimentos passaram pela duração do tempo dos estágios que, associada à casuística dos contextos, interferiram no número de pessoas a quem foi aplicada a

grelha de intervenções e pela inexperiência na prestação de cuidados à PSC no SU condicionou uma demora na integração ao contexto, onde me foquei inicialmente em aspetos relacionados com a metodologia de abordagem à PSC. Este constrangimento foi encarado como uma oportunidade para colmatar lacunas de conhecimento e aprofundar alguns temas específicos na área da PSC, permitindo uma prática teoricamente sustentada. Limitações de ordem pessoal e profissional também condicionaram este percurso, mas foram dissolvidas e convertidas em benefícios.

Como perspetivas futuras realço que o fim de um caminho conduz ao início de um novo, este que se acresce de uma maior responsabilidade profissional na área da abordagem à PSC. A minha expectativa é que este relatório sirva de alavanca para a intervenção de enfermagem na gestão do conforto, para a divulgação da área intervenção de enfermagem relacionada com a sede. Concluo que a minha ação não se dá por terminada neste relatório uma vez que espero aprofundar conhecimentos na área, garantindo o compromisso de cuidar da PSC com sede promovendo o seu conforto. A enfermagem necessita de produção e renovação de conhecimento, portanto, como sugestão deste relatório deixo, em jeito de proposta para um futuro trabalho a ser desenvolvido compreender o contributo do enfermeiro no alívio da sede na pessoa no período peri-operatório e a sugestão de investigação na área da sede da PSC, nomeadamente, através da aplicação e adaptação de estudos internacionais à realidade portuguesa. Desta forma, espero que este trabalho seja o ponto de partida para futuros trabalhos e/ou estudos.

Por fim, a realização de estágio culminou na obtenção de competências especializadas de enfermagem na área da PSC, permitindo ser o veículo no despertar para a promoção do conforto através do alívio da sede na PSC, tornando-se no mote de mudança na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e família, no meu contexto de trabalho. A partilha de experiências por mim vivenciadas, pretenderam espelhar o trabalho desenvolvido ao nível da consciencialização, formação e da capacitação das equipas de enfermagem com quem contactei e permitiram o desenvolvimento da profissão, aproximando-me de uma prática mais efetiva. Acrescento que ao longo da minha intervenção em estágio procurei influenciar a prática dos meus pares através dos momentos de formação formal e informal. Os momentos de reflexão sobre a ação permitiram contextualizar a prática e atribuir-lhe significado próprio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. (Formasau, Ed.). Coimbra.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists and their work*. (M. Maryland Heights, Ed.) (8th ed.). Mosby/Elsevier.
- American College of Surgeons. (2012). *Advanced Trauma Life Support® Student Course Manual* (9th ed.). American College of Surgeons.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 11(9), 61–67.
- Apresentação “STOP Infecção Hospitalar! – Desafio Gulbenkian.” (2015). Acedido a 01/12/2016. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/noticias/apresentacao-stop-infecao-hospitalar-desafio-gulbenkian/>
- Arai, B. S., Stotts, N., & Puntillo, K. (2013). Thirst in Critically Ill Patients: From Physiology to Sensation. *American Journal of Critical Care*, 22(4), 328–336.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática de enfermagem* (2ª). Coimbra: Quarteto.
- Berben, S. A. A., Meijs, T. H. J. M., van Dongen, R. T. M., van Vugt, A. B., Vloet, L. C. M., Groot, J. J. M., & van Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *Injury - International Journal of the Care of the Injured*, 39(5), 578–585. <http://doi.org/10.1016/j.injury.2007.04.013>
- Bloomfield, J., & Pegram, A. (2012). Improving nutrition and hydration in hospital: the nurse's responsibility. *Nursing Standard*, 26(34), 52–56. <http://doi.org/10.7748/ns2012.04.26.34.52.c9065>
- Calle, G. H. La, Oviés, Á. A., & Tello, V. G. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Critical Care Medicine*, 43, 547 – 549. <http://doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4>
- Campos, L. (2014). *Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência. Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido a 25/11/2015. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emergência_e_Urgência.pdf
- Claudett, K. H. B., Claudett, M. B., Wong, M. C. S., Martinez, A. N., Espinoza, R. S.,

- Montalvo, M., ... Andrade, M. G. (2013). Noninvasive mechanical ventilation with average volume assured pressure support (AVAPS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease and hypercapnic encephalopathy. *BMC Pulmonary Medicine*, 13, 12. <http://doi.org/10.1186/1471-2466-13-12>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIFE® Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Cordeiro, A. C., Silveira, A. M., & Raposo, A. S. (2002). Triage nos Serviços de Urgência Geral. *Nursing*, 163, 12–16.
- Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro (2016). Diário da República, 1.ª série—N.º 176—13 de setembro de 2016. Acedido a 10/03/2017. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/75319373>
- Despacho n.º 1057/2015 de 2 de fevereiro, Pub. L. N.º. 22 (2015). Lisboa, Portugal: Diário da República, 2ª série.
- Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento. (2015). *Rede Referenciação de Cardiologia*. (Direção-Geral da Saúde., Ed.). Lisboa. Acedido a 05/05/2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referenciação-hospitalar-cardiologia-v.2015.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor, Pub. L. N.º. 09/DGCG (2003). Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde. (2003b). *Cuidados intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Manual de Operacionalização*.
- Engström, A., & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1651–9.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa. Acedido a 05/02/2017. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0ECBA6-4C1F-B38C-%0D65E531525C4C/0/Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Fairchild, R. M. (2010). Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, (17), 353–362.
- Freitas, C. (2013). A ética na Enfermagem. *A Ética Na Enfermagem*, 2–5.

<http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Galinha, F., Ribeiro, M. T., & Pinto, J. C. (2014). Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência. In *Mediação Familiar - Contributos de investigações realizadas em Portugal* (pp. 160–177). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9(2), R96–R109. <http://doi.org/10.1186/cc3026>
- Grilo, E. N., & Mendes, F. R. P. (2012). *O Estudo de Caso como estratégia de Investigação em Enfermagem*. Coimbra: Congresso de Investigação Ibero-Americano de Países de Língua Oficial Portuguesa. Acedido a 05/02/2016. Disponível em: <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1744>
- Heart of England NHS Foundation Trust. (2012). *Adult Modified Early Warning Score (MEWS) Policy and Escalation Pathway*.
- INE. (2005). Unidade de Cuidados Intermédios - UCM. Acedido a 08/12/2016. Disponível em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/3661#Relações>
- Joint Commission International. (2015). *Infection Prevention and Control Advisory Services - Prevent risks before they endanger lives*. Acedido a 10/12/2016. Disponível em:
http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Fact_Sheet_IPC.pdf
- Júnior, G. A., Carvalho, J. B. de, Filho, A. D. P., Malzone, D. A., & Pedersoli, C. E. (2007). Transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Medicina*, 40(4), 500–508.
- Kalfon, P., Mimos, O., Auquier, P., Loundou, A., Gauzit, R., Lepape, A., ... Mallédant, Y. (2010). Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 36(10), 1751–1758. <http://doi.org/10.1007/s00134-010-1902-9>
- Keenan, S., Sinuff, T., Burns, K., Muscedere, J., Kutsogiannis, J., Mehta, S., ... Dodek, P. (2011). Clinical practice guidelines for the use of noninvasive positive-pressure ventilation and noninvasive continuous positive airway pressure in the acute care setting. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 183(3), E195–E214.

<http://doi.org/10.1503/cmaj.100071>

- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818–829.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. <http://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lam, T. S., Mak, P. S. K., Siu, W. S., Lam, M. Y., Cheung, T. F., & Rainer, T. H. (2006). Validation of a Modified Early Warning Score (MEWS) in emergency department observation ward patients. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 24–30.
- Lapinsky, S. E. (2011). NIV Overview: Indications and Interfaces. Acedido a 09/10/2016. Disponível em: https://criticalcarecanada.com/presentations/2011/niv_overview_indications_and_interfaces.pdf
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Diário da República, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de 2014. Acedido a 09/05/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/lei-n-152014-de-21-de-marco-direitos-e-deveres-do-utente-dos-servicos-de-saude-.aspx>
- Lino, I., Garcia, J., & Costa, S. (2009). Via Verde coronária - uma perspectiva de actuação pré-hospitalar. *Via Verde Para a Vida*, (25), 15.
- Luz Saúde. (2015). Hospital Beatriz Ângelo. Acedido a 25/11/2015. Disponível em: <http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/institucional/hospital-beatriz-angelo/>
- Mardegan, F. (2011). Aprendizagem informal: como os indivíduos aprendem em seus locais de trabalho? Acedido a 04/04/2017. Disponível em: <http://www.abd.org.br/abd/f01/docs/artigos/2013/260313/aprendizagem-informal.pdf>
- Martins, J., & Martins, R. (2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III(2), 111–120. Acedido a 06/10/2016. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a12.pdf>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000).

- Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory Changes. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758–764.
- Meyer, A. C. de A., Tera, T. de M., Koga Ito, C. Y., Kerbau, W. D., & Jardini, M. A. N. (2007). Avaliação clínica e microbiológica do uso de um creme dental contendo clorexidina a 1%. *Revista de Odontologia Da UNESP*, 36(3), 255–260.
- Ministério da Saúde. (2013). Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos, 459. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Moceri, J. T., & Drevdahl, D. J. (2014). Nurses' knowledge and attitudes toward pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(1), 6–12.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática* (1 No. 1). (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Lisboa. Acedido a 10/12/2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa. Acedido a 25/01/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica%0Da.pdf>
- Ordem dos Médicos, & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos - Recomendações* (Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos). Acedido a 25/01/2017. Disponível em: http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf
- Patel, B. K., Wolfe, K. S., Pohlman, A. S., Hall, J. B., & Kress, J. P. (2016). Effect of Noninvasive Ventilation Delivered by Helmet vs Face Mask on the Rate of Endotracheal Intubation in Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome. *JAMA*, 315(22), 2435–2441. Acedido a 24/03/2016. Disponível em:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4967560/pdf/nihms798658.pdf>
- Payen, F. J., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), :2258-63.
- Philips - Cuidados Respiratório Hospitalares. (2016). V60 Philips Respironics.
- Pinho, J. A., Carneiro, H., & Alves, F. (2012). *Resultados - Plano Nacional de Avaliação da Dor*. Acedido a 06/10/2016. Disponível em:
http://www.spci.pt/Docs/Relatorio_Final_GAD.pdf
- Portal Educação. (2008). O que é o Biofilme Dental? Acedido a 30/01/2017. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/4534/o-que-e-biofilme-dental>
- Puntillo, K. a, Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. a, Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. *Critical Care Medicine*, 38(11), 2155–2160. <http://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f267ee>
- Puntillo, K., Arai, S. R., Cooper, B. A., Stotts, N. A., & Nelson, J. E. (2014). A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine*, 1295–1302. <http://doi.org/10.1007/s00134-014-3339-z>
- Puntillo, K., Nelson, J. E., Weissman, D., Curtis, R., Weiss, S., Frontera, J., ... Campbell, M. (2014). Palliative care in the ICU: Relief of pain, dyspnea, and thirst - A report from the IPAL-ICU Advisory Board. *Intensive Care Medicine*, 40(2), 235–248. <http://doi.org/10.1007/s00134-013-3153-z>
- Rego, O. (2016). *Consulta de Follow Up*. II Workshop da Urgência Geral e Cuidados Intensivos.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista 8648–8653 (2011). Portugal. Acedido a 01/12/2015. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Regulamento_122_2011.pdf
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011). Portugal. Acedido a 01/12/2015. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Regulamento_124_2011.pdf

- Ribeiro, P., & Costa, M. A. (2012). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7), 149–158.
- Rijkenberg, S., Stilma, W., Endeman, Bosman, R. J., & Oudemans-van Straaten, H. M. (2015). Pain measurement in mechanically ventilated critically ill patients: Behavioral Pain Scale versus Critical-Care Pain Observation Tool. *Journal of Critical Care*, 30(1), 167–172. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.09.007>
- Rose, L., Nonoyama, M., Rezaie, S., & Fraser, I. (2014). Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(3), 145–151. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.11.002>
- SAGE PRODUCTS. (2016). Toothette® Mouth Moisturizer. Acedido a 12/01/2017. Disponível em: <http://shopsageproducts.com/store/p/78-Toothette-reg-Mouth-Moisturizer.aspx>
- Santos, A. P., Freitas, P., & Martins, H. M. G. (2014). Manchester Triage System version II and resource utilisation in the emergency department. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 31(2), 148–52. <http://doi.org/10.1136/emmermed-2012-201782>
- Santos, E. M. C. P. dos. (2008). *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: Desafios e Constrangimentos no Processo de Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros*. Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro.
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., ... Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(10), 1338–1344. <http://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- Silva, A. M. (2009). *Triagem de Prioridades - Triagem de Manchester* (Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe). Instituto Ciências Médicas Abel Salazar, Porto. Acedido a 24/03/2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19983>
- Silva, P. J. (2012). *Monitorização e Prevenção de Falhas em Bases de Dados Hospitalares* (Dissertação de Mestrado - Mestrado Integrado em Engenharia

- Biomédica). Universidade do Minho, Braga. Acedido a 12/12/2016. Disponível em: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/23505/1/Paulo Jorge Mendes da Silva.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/23505/1/Paulo%20Jorge%20Mendes%20da%20Silva.pdf)
- Silva, S. G. da, Nascimento, E. R. P. do, & Salles, R. K. do. (2012). Bundle de Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Uma Construção Coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(4), 837–44.
- Sousa, M. F. (2009). *O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação/aplicação*. Universidade de Coimbra - Faculdade de Medicina.
- Souza, M. T., Dias, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa : o que é e como fazer. *Einstein*, 8, 102–106.
- Staveski, S. (2010). Comfort Management in the Adult with Congenital Heart Disease. Acedido a 20/01/2017. Disponível em: <http://www.pcics.org/wp-content/uploads/2014/07/Comfort-Management.pdf>
- Stotts, N. a., Arai, S. R., Cooper, B. a., Nelson, J. E., & Puntillo, K. a. (2015). Predictors of Thirst in Intensive Care Unit Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(3), 530–538. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.07.001>
- Sukantarat, K. T., & Brett, S. (2003). The Neuropsychological Consequences of Intensive Care. In D. C. Angus & J. Carlet (Eds.), *Surviving Intensive Care. Update in Intensive Care and Emergency Medicine* (Vol. 39, pp. 51–61). Springer Berlin Heidelberg. http://doi.org/10.1007/978-3-642-55733-0_4
- Sullivan, D. R., Liu, X., Corwin, D. S., Verceles, A. C., Mccurdy, M. T., Pate, D. A., ... Netzer, G. (2012). Learned Helplessness Among Families and Surrogate Decision-Makers of Patients Admitted to Medical, Surgical, and Trauma ICUs. *Chest Journal*, 142(6).
- Trindade, I., Coimbra, F., Esperança, S., & Rua, A. (2009). Ventilação não invasiva. *Boletim Do Hospital Distrital de São Marcos*, XXV(1), 71–82.
- Truog, R. D., Campbell, M. L., Curtis, J. R., Haas, C. E., Luce, J. M., Rubenfeld, G. D., ... Kaufman, D. C. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, 36(3), 953–963. <http://doi.org/10.1097/CCM.0B013E3181659096>
- Valencia, C. R. C., Giraldo, M. J. O., & Mancera, G. P. R. (2015). “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado

- crítico. *Hacia La Promoción de La Salud*, 20(1), 13–34.
<http://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.2>
- Wilson, L., Kane, H. L., Wiegert, H. M. B., & Webb, L. J. (2009). Pain and comfort management. In American Society of Perianesthesia Nurse (Ed.), (pp. 311–380).
Acedido a 05/01/2017. Disponível em:
http://162.96.65.24/fv/groups/intranet/documents/intranet/s_052304.pdf
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.
<http://doi.org/10.1016/j.jopan.2004.03.006>
- Wood, G. J., Chaitin, E., & Arnold, R. M. (2016). Communication in the ICU: Holding a family meeting. *UoToDate*, 1–28.

ANEXOS

ANEXO I – Escala MEWS

Quadro - Escala MEWS

MEWS SCORE	3	2	1	0	1	2	3
Temperatura (°C)		<35	35-36	36-38	38-38,5	>38,6	
Frequência Cardíaca (batimentos por minuto)		<40	41-50	51-100	101-110	111-130	>131
Pressão arterial sistólica (mmHg)	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Frequência Respiratória (ciclos por minuto)		<8		9-14	15-20	21-29	>30
Saturação periférica de oxigénio (%)	<85	85-89	90-93	>94			
Débito urinário (ml/kg/h)	0	<0,5					
Estado de Consciência		Agitado/ Confuso		Alerta	Responde à voz	Responde à dor	Não responde

Fonte: <http://www.heartofengland.nhs.uk/wp-content/uploads/MEWS.pdf>. Acedido a 23/03/2016

ANEXO II - Certificado de Participação no III Encontro de Enfermagem de
Emergência

3ºeee encontro de enfermagem de emergência

1º encontro
de
enfermeiros
especialistas
em
Pessoa em
situação
crítica



Certificado Participação

A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica a sua participação no
3º Encontro de Enfermagem de Emergência |
1º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Pessoa em Situação Crítica,
promovida nos dias 20 e 21 de Novembro de 2015, na
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Parque das Nações



Diana Lopes

O Presidente da
Associação Portuguesa de Enfermeiros:

Patrocínios:



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



ANEXO III - Certificado de Participação nas 10^{as} Jornadas do Doente Crítico
do Centro Hospitalar de Lisboa Norte



Certificado

Certifica-se que Diana Lopes esteve presente nas **10^{as}. Jornadas do Doente Crítico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 28 e 29 de janeiro de 2016.


Dr. A. Pais de Lacerda
Coordenador da Comissão Organizadora

Centro Hospitalar Lisboa Norte
Serviço de Medicina Intensiva

jornadasdoentecritico@gmail.com
Telf: 217 805 038 – Fax: 217 805 670



Certificado

Certifica-se que Diana Lopes participou nas **10as. Jornadas do Doente Crítico** do Centro Hospitalar Lisboa Norte, realizadas nos dias 28 e 29 de janeiro de 2016 com a apresentação do poster intitulado “O alívio da sede da pessoa em UCI: O Enfermeiro na promoção do conforto” premiado com o **1º. Lugar** de melhor poster apresentado.


Dr. A. Pais de Lacerda
Coordenador da Comissão Organizadora

Centro Hospitalar Lisboa Norte
Serviço de Medicina Intensiva

jornadasdoentecritico@gmail.com
Tel: 217 805 038 – Fax: 217 805 670

APÊNDICES

APÊNDICE I - Etapas da Metodologia da Revisão Integrativa da Literatura

A opção metodológica escolhida na procura de evidência científica como sustentação teórica do meu percurso de desenvolvimento de competências foi uma RIL. A RIL inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte à tomada de decisão e a melhoria da prática clínica (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). É dividida em cinco etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de artigos, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, avaliação dos artigos incluídos na revisão integrativa e, por fim, interpretação dos resultados (Mendes et al., 2008).

A questão de pesquisa necessária para a elaboração da RIL, a primeira etapa, inclui a definição dos participantes e suas características (P), as intervenções a serem avaliadas (I), a comparação entre intervenções ou contexto de desenvolvimento (C) – pode ser omitido da pergunta – e os resultados (O) ou efetividade da intervenção (Souza et al., 2010; The Joanna Briggs Institute, 2011). É possível identificar minuciosamente, no quadro que se segue, os critérios para a formulação da questão de pesquisa.

Quadro 1 – Critérios para formulação da questão de pesquisa

P	Participantes	Quem foi estudado?	Adultos (maiores de 18 anos)
I	Intervenções	O que foi realizado?	Intervenções especializadas de enfermagem que promovem o conforto
C	Contexto	Onde?	UCI
O	Outcomes	Resultados?	Alívio da sede

De modo a responder à questão colocada, identifiquei os termos de pesquisa, tendo por base conceitos verificados pela linguagem natural, seguindo-se a identificação dos descritores específicos de cada uma das bases internacionais – CINAHL Headings⁵, MeSH2015 Browser⁶ - com identificação dos termos/palavras-chave (Quadro 2).

⁵Disponível em: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>. Acedido a 15/02/2015.

⁶Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/2015/mesh_browser/MBrowser.html. Acedido a 15/02/2015.

Quadro 2 - Termos/palavras-chave utilizados

CINAHL Headings	MeSH2016 Brower	Linguagem Natural
Critical Care (C)	Critical Care OR Intensive Care (C)	Intensive Care (C)
Thirst OR Hydration (I)	Thirst OR Water Deprivation (I)	Thirst OR Hydration (I)
Nurs* (I)	Nurs* (I)	<i>Nurs*</i> (I)
Comfort Care (O)	Caring (O)	Comfort (O)
Xerostomia (I)	Dry mouth OR Xerostomia (I)	Dry mouth (I)
Patient care (O)	Patient care (O)	Patient care (O)
Symptom (O)	Symptom (O)	Symptom (O)

Para a seleção dos artigos que melhor se adequavam à questão de pesquisa e aos objetivos definidos, foi realizada a pesquisa nas bases de dados EBSCO, PUBMED e B-ON de onde resultaram, respetivamente, 15, 5 e 10379 artigos. Esta pesquisa decorreu no período entre maio e junho de 2015.

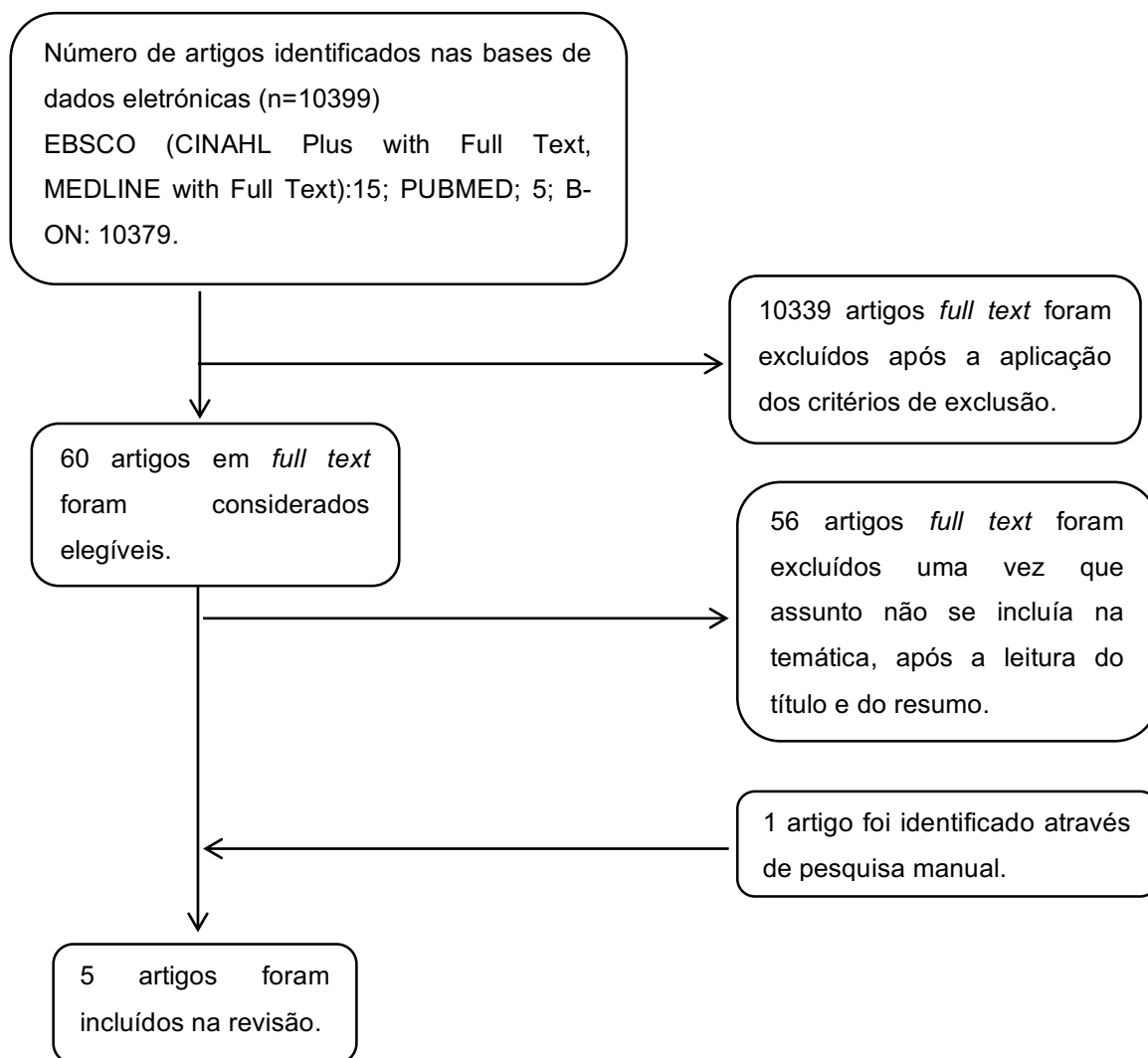
Foram determinados um conjunto de critérios de inclusão e exclusão dos artigos (Quadro 3), definindo a segunda etapa da revisão integrativa deste projeto metodológico.

Quadro 3 - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoas em idade adulta (>18 anos) internadas em UCI.	Crianças (<18 anos), grávidas e pessoas não internadas em UCI.
Intervenção	Artigos que identificam intervenções que promovam o conforto das pessoas através do alívio da sede.	Artigos que não identificam intervenções que promovam o conforto das pessoas através do alívio da sede.
Desenho dos estudos	Artigos com estudos de abordagem qualitativa e quantitativa, estudos de caso, revisões sistemáticas da literatura.	Artigos com estudos que não utilizam a metodologia científica.
Tempo	Artigos publicados a partir do ano 2010.	Artigos anteriores ao ano 2010.
Língua	Artigos em inglês, português, espanhol e francês.	Artigos noutras línguas.
Outros	Artigos disponíveis nas bases de dados acedidas em <i>full text</i> gratuito	Artigos não disponíveis em <i>full text</i> gratuito nas bases de dados acedidas.

Em seguida, procedi à aplicação dos critérios por mim definidos nas bases de dados científicas tendo obtido o total de 60 artigos. Posteriormente, foram eliminados os repetidos e aqueles cujo assunto não se incluía na temática, após a leitura do título e do resumo. Deste processo extraí 5 artigos para análise como se demonstra na Figura 1.

Figura 1 – Processo de pesquisa e seleção de artigos (adaptado de Prisma 2009 Flow Diagram)



Na análise dos estudos, procurou-se extrair os dados relativos à publicação em si e metodologia utilizada, contemplando os seguintes aspetos: tipo de estudo; população/participantes; objetivo do estudo; principais resultados e intervenções de enfermagem identificadas, como se pode verificar no Quadro 4.

Quadro 4 - Síntese da Evidência Encontrada

Identificação do estudo	Método	População / Participantes	Objetivo do estudo	Principais conclusões	Intervenções de enfermagem identificadas
E1 - Puntillo, K., Arai, S. R., Cooper, B. A., Stotts, N. A., & Nelson, J. E. (2014). A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients. <i>Intensive Care Medicine</i> , 1295–1302.	Ensaio clínico randomizado, longitudinal e unilateral.	252 pessoas conscientes internadas em três UCI do estado da Califórnia, nos Estados Unidos da América.	Testar uma <i>bundle</i> de intervenção para o alívio da sede e desconforto associado à boca seca.	A diminuição do <i>score</i> de autoavaliação no que diz respeito à intensidade e desconforto associado à sede foi significativamente maior no grupo de intervenção <i>versus</i> grupo de cuidados habituais. O grupo de controlo (cuidados habituais) referiu 1,9 vezes mais relatos de boca seca e sede do que o grupo de intervenção. Uma <i>bundle</i> de intervenção que englobe medidas simples, económicas e seguras diminuem a intensidade e desconforto causado pela sede. Integrando a prática da avaliação da sede por rotina, podem criar-se melhorias significativas no alívio de um dos sintomas mais angustiantes vivenciados pela pessoa em UCI.	Intervenção sistematizada de enfermagem no alívio da sede, integrando avaliação com quantificação da intensidade da sede, intervenção e reavaliação.
E2 - Stotts, N. a., Arai, S. R., Cooper, B. a., Nelson, J. E., & Puntillo, K. a.	Estudo experimental, descritivo transversal.	353 pessoas de três UCI de um centro hospitalar da costa Oeste	Identificar os fatores (presença, intensidade e stress) que predisõem as pessoas em UCI a	<u>Presença de sede:</u> a presença de sede encontra-se significativamente relacionada com uma maior pontuação de APACHE II. Os pedidos mais frequentes de água	Avaliação da presença e quantificação da intensidade e do stress associado à sede das

<p>(2015). Predictors of Thirst in Intensive Care Unit Patients. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i>, 49(3), 530–538.</p>		<p>dos Estudos Unidos da América.</p>	<p>manifestarem sede.</p>	<p>encontram-se nas pessoas que não recebem ingesta hídrica oral adequada, nas pessoas sob terapêutica com opióides, diuréticos e inibidores da recaptação da serotonina. Não se encontram diferenças na presença de sede das pessoas com diferentes diagnósticos clínicos.</p> <p><u>Intensidade da sede:</u> neste item foram avaliadas as variáveis: diagnóstico médico, ventilação mecânica, aporte de soros e ingesta hídrica por via oral. As pessoas com diagnóstico médico relacionado com problemas gastrointestinais manifestaram sede mais intensa que as restantes. As pessoas sob ventilação mecânica manifestaram sede mais intensa que as não ventiladas. Não foi identificada correlação significativa entre a intensidade da sede em pessoas com alterações no balanço hídrico, no estado de hidratação, com alterações na osmolaridade sérica e nos níveis de glicose. As pessoas com em jejum aumentaram significativamente a intensidade da sede.</p> <p><u>Stress associado à sede:</u> o stress e desconforto associado à sede verificou-se,</p>	<p>pessoas.</p>
---	--	---------------------------------------	---------------------------	--	-----------------

				maioritariamente, em pessoas sob ventilação mecânica com balanço hídrico negativo, sob terapêutica com opióides, diuréticos e inibidores seletivos da recaptação da serotonina, com diagnósticos de problemas gastrointestinais, infecciosos, falência de órgão e neoplasias.	
E3 - Kalfon, P., Mimos, O., Auquier, P., Loundou, A., Gauzit, R., Lepape, A., ... Mallédant, Y. (2010). Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. <i>Intensive Care Medicine</i> , 36(10), 1751–1758. http://doi.org/10.1007/s00134-010-1902-	Estudo de coorte prospectivo.	868 pessoas internadas em UCI.	Desenvolver e validar o questionário IPREA (<i>Inconforts des Patients de REAnimation</i>) para avaliação do desconforto do internamento em UCI.	A sede, o sono, a presença de sistemas de perfusão e a dor são os principais sintomas percebidos como causadores de desconforto nas pessoas no momento da alta da UCI. Foi possível validar o questionário IPREA para o contexto de UCI, tendo sido possível avaliar os desconfortos vivenciados pelas pessoas durante o internamento.	Avaliação de focos de desconforto vividos pelas pessoas em UCI.

9					
E4 - Puntillo, K. a, Arai, S., Cohen, N. H., Gropper, M. a, Neuhaus, J., Paul, S. M., & Miaskowski, C. (2010). Symptoms experienced by intensive care unit patients at high risk of dying. <i>Critical Care Medicine</i> , 38(11), 2155–2160.	Estudo prospectivo, observacional.	171 pessoas.	Avaliar as experiências e sintomas das pessoas internadas em UCI e avaliar a relação entre o delírio e o relato dos sintomas das mesmas pessoas.	O estudo sugere que estão presentes, na maioria das pessoas internadas em UCI, sintomas pouco tratados que causam desconforto, como é o caso da sede, incluindo naqueles com delírio. A avaliação sistemática da sintomatologia das pessoas internadas em UCI pode conduzir a intervenções direcionadas, que podem evitar ou minimizar o sofrimento e desconforto vivido.	Avaliação sistematizada da sintomatologia associada ao sofrimento e ao desconforto das pessoas com internamento em UCI.
E5 –Bloomfield, J., & Pegram, A. (2012). Improving nutrition and hydration in hospital: the nurse's responsibility. <i>Nursing Standard</i> , 26(34), 52–56. http://doi.org/10.7748/ns2012.04.26.34.52.c9065	Estudo descritivo, baseado em critérios clínicos e experiência empírica de especialistas na área.	Revisão de artigos por pares externos, tendo por base uma escolha duplamente cega e verificada a ausência de plágio	Compreender a importância da nutrição e hidratação para a saúde e bem-estar; Reconhecer os potenciais efeitos da doença e hospitalização nas necessidades nutricionais da pessoa; Identificar os fatores que podem influenciar a capacidade de uma	O estudo sugere que é importante compreender as necessidades de comer e beber numa perspetiva física, social e psicológica da pessoa. É essencial garantir que as necessidades nutricionais e hídricas da pessoa, em ambiente hospitalar, são consideradas uma prioridade de intervenção de enfermagem.	Impedir potenciais barreiras que impossibilitem a não ingestão nutricional e hídrica, adequada à pessoa; Promover o conforto aquando da alimentação e hidratação; Vigiar regularmente a pessoa a comer a

			<p> pessoa comer e beber; Descrever a intervenção de enfermagem na supressão das necessidades nutricionais da pessoa hospitalizada. </p>		<p> beber; Identificar as pessoas que necessitam de assistência com as refeições e com a ingestão hídrica. </p>
--	--	--	--	--	--

APÊNDICE II – Grelha de intervenções de enfermagem para a promoção do conforto através do alívio da sede na pessoa consciente em UCI

GRELHA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DO CONFORTO ATRAVÉS DO ALÍVIO DA SEDE NA PESSOA CONSCIENTE EM UCI

	Intervenções				
	Pessoa avaliada				
AVALIAR	Avaliar perfil de risco para a sede da pessoa em UCI:				
	1.Ventilação mecânica;				
	2.Jejum prolongado;				
	3.Terapêutica com opióides, diuréticos e com inibidores seletivos da recaptação da serotonina;				
	Avaliar 1 vez por turno a sede da pessoa consciente em UCI – escala numérica adaptada.				
INTERVIR	Administrar água fria, <i>per os</i> ;				
	Hidratar a mucosa oral através da utilização de esponjas molhadas em água fria e/ou solução mentolada;				
	Hidratar a mucosa oral através da utilização de hidratantes para a mucosa oral hidrossolúveis (vitamina E, óleo de coco e mentol);				
	Incentivar a ingesta hídrica na pessoa consciente, autónoma na atividade de vida comer e beber;				
	Prestar cuidados de higiene oral, 1 vez por turno, com soluções mentoladas (colírios bucais com clorexidina 0,2%).				
REAVALIAR	Reavaliar 15 minutos após a efetividade das intervenções de enfermagem realizadas - escala numérica adaptada.				

Adaptado de Puntillo, et al. 2014 e Stotts, et al. 2014

APÊNDICE III - Plano e Guião da Sessão de Formação na UCI1

PLANO DE SESSÃO

Local: Sala de Reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios de um Hospital Central de Lisboa

Data: 13 e 15 de janeiro 2016

Hora: 14h

Formadores: Enf^a Diana Lopes

1. TEMA DA SESSÃO

O alívio da sede da pessoa consciente em UCI: o enfermeiro na promoção do conforto

2. FORMANDOS

26 Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios de um Hospital Central de Lisboa

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Reconhecer a importância do alívio da sede como uma intervenção especializada e autónoma de enfermagem para o conforto da pessoa consciente em UCI;

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os resultados dos questionários realizados aos enfermeiros sobre a sua perceção das intervenções de enfermagem no alívio da sede da pessoa no contexto;
- Divulgar a evidência científica atual sobre a importância do alívio da sede da pessoa em UCI;
- Partilhar as principais recomendações de uma *bundle* de intervenção de enfermagem no alívio da sede;
- Refletir sobre a importância da avaliação, intervenção, reavaliação e registos de enfermagem na área da promoção do conforto através do alívio da sede.
- Promover a partilha de experiências e a discussão sobre o potencial de implementação das estratégias apresentadas no serviço.

4. DURAÇÃO DA SESSÃO

30 minutos

5. MATERIAL A UTILIZAR

- Computador;
- Projetor;
- Tela de projeção;
- Fotocópias de artigo científico;
- Documento de avaliação da sessão.

6. DOCUMENTOS DISTRIBUÍDOS

- Artigo científico: “A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients”;
- Documento de avaliação da sessão.

GUIÃO DE SESSÃO

Momentos	Atividades	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos / Meios Didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da formadora; - Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor - Tela de projeção 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento teórico (resultados dos dados obtidos pelos questionários, evidência científica); - Principais recomendações de uma <i>bundle</i> de intervenção de enfermagem na promoção do conforto através alívio da sede; - Refletir sobre a importância da avaliação, intervenção, reavaliação e registos de enfermagem na área da promoção do conforto através do alívio da sede. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Expositivo - Método Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor - Tela de projeção; 	15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de experiências; - Discussão em grupo; - Distribuição de documentação; - Bibliografia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Interrogativo; - Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor; - Tela de projeção; - Estudo científico. 	10 minutos

APÊNDICE IV - Plano e Guião da Sessão de Formação na UCI2

PLANO DE SESSÃO

Local: Sala de Reuniões de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital Central de Lisboa

Data: 10 e 12 de fevereiro 2016

Hora: 14h

Formadora: Enfª Diana Lopes

1. TEMA DA SESSÃO

O alívio da sede da pessoa consciente em UCI: o enfermeiro na promoção do conforto.

2. FORMANDOS

31 Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital Central de Lisboa.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Reconhecer a importância do alívio da sede como uma intervenção especializada e autónoma de enfermagem para o conforto da pessoa consciente em UCI;

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar os resultados dos questionários realizados aos enfermeiros sobre a sua perceção das intervenções de enfermagem no alívio da sede da pessoa no contexto;
- Divulgar a evidência científica atual sobre a importância do alívio da sede da pessoa em UCI;
- Partilhar as principais recomendações de uma *bundle* de intervenção de enfermagem no alívio da sede;
- Refletir sobre a importância da avaliação, intervenção, reavaliação e registos de enfermagem na área da promoção do conforto através do alívio da sede.
- Promover a partilha de experiências e a discussão sobre o potencial de implementação das estratégias apresentadas no serviço.

4. DURAÇÃO DA SESSÃO

30 minutos

5. MATERIAL A UTILIZAR

- Computador;
- Projetor;
- Tela de projeção;
- Fotocópias de artigo científico;
- Documento de avaliação da sessão.

6. DOCUMENTOS DISTRIBUÍDOS

- Artigo científico: “A randomized clinical trial of an intervention to relieve thirst and dry mouth in intensive care unit patients”;
- Documento de avaliação da sessão.

GUIÃO DE SESSÃO

Momentos	Atividades	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos / Meios Didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da formadora; - Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor - Tela de projeção 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento teórico (resultados dos dados obtidos pelos questionários, evidência científica); - Principais recomendações de uma <i>bundle</i> de intervenção de enfermagem na promoção do conforto através alívio da sede; - Refletir sobre a importância da avaliação, intervenção, reavaliação e registos de enfermagem na área da promoção do conforto através do alívio da sede. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Expositivo - Método Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor - Tela de projeção; 	15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de experiências; - Discussão em grupo; - Distribuição de documentação; - Bibliografia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Interrogativo; - Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor; - Tela de projeção; - Estudo científico. 	10 minutos

APÊNDICE V – Plano e Guião da Sessão de Formação na UCI3

PLANO DE SESSÃO

Local: Sala de Reuniões de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital Central de Lisboa

Data: 2 de dezembro de 2016

Hora: 16:30

Formadora: Enfª Diana Lopes

1. TEMA DA SESSÃO

O alívio da sede da pessoa consciente em UCI: o enfermeiro na promoção do conforto

2. FORMANDOS

Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Hospital Central de Lisboa.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de uma abordagem sistematizada de enfermagem à pessoa consciente com sede em UCI.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar dados das consultas de *follow-up* sobre a memórias da sede das pessoas internadas na UCI;
- Apresentar os dados obtidos através da avaliação da sede na PSC na UCI;
- Divulgar a evidência científica atual sobre a importância do alívio da sede da pessoa em UCI;
- Refletir sobre a importância da avaliação, intervenção, reavaliação e registos de enfermagem na área da promoção do conforto através do alívio da sede.
- Promover a partilha de experiências e a discussão sobre o potencial de implementação das estratégias apresentadas no serviço.

4. DURAÇÃO DA SESSÃO

30 minutos

5. MATERIAL A UTILIZAR

- Computador;
- Projetor;
- Tela de projeção;
- Documento de avaliação da sessão.

6. DOCUMENTOS DISTRIBUÍDOS

- Documento de avaliação da sessão.

GUIÃO DE SESSÃO

Momentos	Atividades	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos / Meios Didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da formadora; - Apresentação do tema; - Apresentação dos objetivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor - Tela de projeção 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Enquadramento teórico (resultados da avaliação da sede da PSC na UCI; evidência científica); - Principais recomendações de uma <i>bundle</i> de intervenção de enfermagem na promoção do conforto através alívio da sede; - Refletir sobre a importância da avaliação, intervenção, reavaliação e registos de enfermagem na área da promoção do conforto através do alívio da sede. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Expositivo - Método Interrogativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor - Tela de projeção; 	15 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de experiências; - Discussão em grupo; - Distribuição do documento de avaliação da sessão; - Bibliografia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Interrogativo - Método Expositivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Projetor; - Tela de projeção; - Estudo científico. 	10 minutos

APÊNDICE VI - Póster "O Alívio da Sede na Pessoa em UCI: Enfermeiro na
Promoção do Conforto"

Alívio da Sede na Pessoa em UCI: Enfermeiro na Promoção do Conforto

Diana Lopes¹; Carla Nascimento², Florinda Galinha²

¹Enfermeira no CHLN; ²Professora na ESEL

Introdução

Conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto e pode distinguir-se pela experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).¹

A Pessoa em Situação Crítica (PSC) está exposta a condições de *stress* e a diferentes experiências significativas de desconforto, provenientes de fatores intrínsecos e extrínsecos vários, durante o internamento em UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), que alteram a qualidade de vida².

A dor, a dispneia e a **sede** são os três principais sintomas referidos como geradores de *stress* na pessoa internada em UCI³. A sede é definida como "uma percepção, sensação de desejo de beber água ou outros líquidos referenciados à boca e à orofaringe, com secura das mucosas da boca e orofaringe"⁴, que deve ser alvo de uma avaliação e intervenção especializada de enfermagem, visando a promoção do conforto da pessoa.

Objetivo

Divulgar estratégias de controlo e de alívio da sede da pessoa internada em UCI.

Método

Revisão Integrativa da Literatura com pesquisa na base de dados EBSCO de artigos científicos publicados no período de 2010-2015. Análise crítica sustentada na teoria do Conforto de Katherine Kolcaba¹ e no quadro conceptual de Patricia Benner⁵.

Resultados

A sede surge como um dos sintomas mais comuns e mais intensos nas pessoas internadas em UCI^{2,3,6}.

A intervenção do enfermeiro na **promoção do conforto através do alívio da sede** passa pela promoção do seguinte processo de enfermagem^{6,7}:

AVALIAR	<ul style="list-style-type: none">Avaliar o perfil de risco para a sede da pessoa em UCI:<ul style="list-style-type: none">Ventilação mecânica;Jejum prolongadoTerapêutica com opióides, diuréticos, anti-hipertensores e inibidores seletivos da recaptação da serotonina;Avaliar sinais de desidratação da mucosa oral;Avaliar a sede da pessoa, uma vez por turno – escala numérica adaptada
	<ul style="list-style-type: none">Administrar água fria, <i>per os</i>, à pessoa consciente em UCI;Incentivar a ingesta hídrica na pessoa consciente em UCI, autónoma nas atividades de vida diária;Prestar cuidados de higiene oral, uma vez por turno, com soluções mentoladas;Humedecer a mucosa oral com a utilização de <i>sprays</i> e esponjas molhadas, ambos com água fria;Utilizar hidratantes específicos para a mucosa oral;
	<ul style="list-style-type: none">Reavaliar a efetividade das intervenções de enfermagem realizadas após 15 minutos – escala numérica adaptada
	<ul style="list-style-type: none">Registrar em notas de enfermagem a avaliação, as intervenções realizadas e os resultados das intervenções individualizadas de promoção do conforto à pessoa através do alívio da sede.

Conclusão

O alívio da sede é uma responsabilidade da equipa multidisciplinar, assumindo o enfermeiro especialista um lugar de excelência para a sua promoção. Contudo, a prática de intervenções de enfermagem sistematizadas para a promoção do conforto face ao alívio da sede é pouco estudada. Assegurar a promoção do conforto através do alívio da sede na pessoa em UCI requer a consciencialização na equipa multidisciplinar da importância de assegurar as necessidades adequadas de ingesta hídrica⁸, tal como conduzir intervenções autónomas de enfermagem, que se focam em avaliar, intervir, reavaliar e registar as ações que suprimem o desconforto que daí advém².

Referências Bibliográficas

1. Kolcaba KS. *Conforto: teoria e prática*. 2ª ed. São Paulo: Elsevier; 2001.
2. Lopes D, Galinha F, Nascimento C, et al. *Conforto e qualidade de vida em UCI*. In: *Conforto e qualidade de vida em UCI*. São Paulo: Elsevier; 2015.
3. Galinha F, Lopes D, Nascimento C, et al. *Conforto e qualidade de vida em UCI*. In: *Conforto e qualidade de vida em UCI*. São Paulo: Elsevier; 2015.
4. Galinha F, Lopes D, Nascimento C, et al. *Conforto e qualidade de vida em UCI*. In: *Conforto e qualidade de vida em UCI*. São Paulo: Elsevier; 2015.
5. Benner P. *Experiência e competência*. 2ª ed. São Paulo: Elsevier; 2001.
6. Galinha F, Lopes D, Nascimento C, et al. *Conforto e qualidade de vida em UCI*. In: *Conforto e qualidade de vida em UCI*. São Paulo: Elsevier; 2015.
7. Galinha F, Lopes D, Nascimento C, et al. *Conforto e qualidade de vida em UCI*. In: *Conforto e qualidade de vida em UCI*. São Paulo: Elsevier; 2015.
8. Galinha F, Lopes D, Nascimento C, et al. *Conforto e qualidade de vida em UCI*. In: *Conforto e qualidade de vida em UCI*. São Paulo: Elsevier; 2015.